

أبعاد نسق المعتقدات حول الصحة العامة دراسة عاملية مقارنة بين الذكور والإناث الجامعيين

معتز سيد عبدالله^(*)

شعبان جاب الله رضوان^(**)

(ملخص) هدفت الدراسة إلى استكشاف أبعاد نسق المعتقدات السائدة حول الصحة العامة لدى مجموعتين من الذكور والإناث الجامعيين، قوامهما ٤٧٤ مبحوثاً (٢٢٥ ذكرًا، و٢٤٩ أنثى) طبق عليهم استبيان نسق المعتقدات حول الصحة العامة. وللإجابة عن تساؤلات الدراسة الثلاثة الأساسية تم استخدام المنهج الوصفى الاستكشافى. وأجرى التحليل العاملى بطريقة المكونات الرئيسية والتدوير المائل بالأوبلن. وكشفت النتائج عن استخلاص أربعة عشر عاملاً نوعياً للمعتقدات حول الصحة العامة لدى الذكور، فى مقابل ستة عشر عاملاً لدى الإناث. وتمت مناقشة النتائج فى ضوء الإطار النظرى والدراسات السابقة. وانتهى الباحثان إلى أنه رغم أن هذه العوامل مستقلة بصورة واضحة، ولا يوجد تشابه بين عوامل الذكور والإناث، فإنه يمكن التنبؤ بالسلوك الصحى من خلال نسق المعتقدات الصحية لدى الفرد، وذلك وفقاً لما يشير إليه نموذج المعتقدات الصحية.

(*) أستاذ علم النفس الاجتماعى والشخصية - كلية الآداب - جامعة القاهرة.

(**) أستاذ علم النفس الإكلينيكي - كلية الآداب - جامعة القاهرة.

مقدمة:

توافقه النفسى والاجتماعى مع المواقف والأشخاص والأحداث التى يمر بها.

ثالثاً: أن تغيير المعتقدات يكون أيسر من تغيير المشاعر، وذلك إذا تبين خطأ هذه المعتقدات أو عدم دقتها عند توفر الدلائل على ذلك، رغم اتسامها بالتعقيد المعرفى. فإذا اكتشف الفرد أن معتقداته حول أحد الموضوعات يشوبها الدقة أو غير مبررة فى ظل وجود دلائل واقعية على ذلك، فإنه من الممكن أن يغيرها ويتبنى ما يقابلها من معتقدات أو يتخلى عنها تماماً بقناعة تامة (معتز عبد الله وعبد اللطيف خليفة، ١٩٩٦ "أ"؛ ١٩٩٦ "ب").

ولهذا تبرز أهمية دراسة معتقدات الأفراد وتقويماتهم حول مختلف الموضوعات. والمتتبع للتراث النفسى يجد أن هناك تراثاً ضخماً من الدراسات التى تناولت معتقدات الأفراد واتجاهاتهم نحو العديد من الموضوعات التى تتباين فى مدى اتساعها أو محدوديتها، سواء أكانت أشخاصاً أم أشياء أم قضايا اجتماعية... إلخ (انظر: معتز عبد الله وعبد اللطيف خليفة، ١٩٩٦؛ عبد اللطيف خليفة، ١٩٨٩).

وتمثل المعتقدات الخاصة بالصحة محوراً مهماً لى اهتمام الباحثين المعنيين بقضايا الصحة العامة، وذلك فى محاولة

تمثل أنساق المعتقدات، على وجه العموم، جانباً مهماً وأساسياً فى البناء المعرفى للأفراد، والذي يمثل بدوره مكوناً جوهرياً فى بناء الشخصية الإنسانية، يتفاعل مع المكونات المعرفية والمزاجية الأخرى فى تحديد هوية الأفراد، ومن ثم مدى توافقه النفسى والاجتماعى أثناء تفاعلهم مع الآخرين. وعلى ذلك تتحدد أهمية دراسة معتقدات الأفراد حول مختلف الموضوعات فيما يلى:

أولاً: أن المعتقدات تعبر عما يوجد لدى الفرد من معلومات وأفكار حول موضوع معين، بصور متميزة عما يوجد لديه من مشاعر نحو الموضوع نفسه. وبصرف النظر عن وجهة النظر الخلافية حول طبيعة العلاقة بين التقويمات (المشاعر) من ناحية، والمعتقدات من ناحية أخرى، وهل هما مرتبطان أم مستقلان، نجد أن التقويمات (المشاعر) تتأثر بالمعتقدات إلى درجة كبيرة مما يضيف أهمية على دراسة المعتقدات، وإن كانت المعتقدات تتأثر هى الأخرى بالتقويمات (انظر: معتز عبد الله، ١٩٩١).

ثانياً: أن آراء الفرد ومعلوماته وأفكاره حول موضوع معين تساهم فى تحديد سلوكه تجاه هذا الموضوع، سواء أكانت معلوماته وأفكاره وآرائه صحيحة أم خاطئة. وفى كلتا الحالتين يتحدد مدى

والأرجح هو زيادة تلك المشكلات المتعلقة بالصحة العامة لدى العرب بشكل عام، والنساء منهم على وجه الخصوص؛ وذلك بسبب ما كشفت عنه نتائج بعض الدراسات من أن العرب - مقارنة بالغربيين - أقل اعتقاداً بأهمية الثقافة الصحية، وأقل وعياً بالمخاطر الصحية سواء القائمة أو المحتملة، وأقل سعياً وحرصاً على ممارسة السلوك الصحي المناسب، سواء للوقاية أو للعلاج (Hjelm et al., 2008).

وفي سياق الحديث عن الصحة العامة، يميز بعض الباحثين بين الصحة العامة الجسمية والصحة العامة النفسية مشيرين إلى أن معتقدات الفرد حيال أى منهما ربما تختلف في طبيعتها وقوتها عن الأخرى (Barnes et al., 2008). وإذا كانت الصحة العامة تتضمن كلا من الصحة العامة الجسمية، والصحة العامة النفسية، فهناك ما يشير إلى أن معتقدات العامة (الجمهور العادي) حول الصحة النفسية، وخاصة معتقداتهم حول أساليب علاجها، تختلف كثيراً عن معتقدات المتخصصين (الأطباء والمعالجين النفسيين)، وذلك مقارنة بمعتقدات الجانبين حول الصحة العامة الجسمية (Perins et al., 2008). وبصرف النظر عما إذا كانت المعتقدات حول الصحة الجسمية أو الصحة النفسية، فإن هناك ثلاث خصائص أساسية لمعتقدات

لإبراز دور هذه المعتقدات في تكوين العادات الصحية التي يسلك بمقتضاها الأفراد، ومدى التزامهم بأسس السلوك الصحي السليم وقواعده والامتثال للنصح الطبي، ومن ثم نتائج ذلك على صحتهم العامة (النفسية والجسمية) (Bosworth & Voils, 2005).

وعلى ذلك تكتسب معتقدات الأفراد حول الصحة العامة أهميتها على اعتبار أن ظاهرة الصحة - المرض هي في الأساس ظاهرة نفسية اجتماعية، وليست طبية بحتة، تتبلور وتتشكل إدراكياً وسلوكياً - وفقاً لسمات الشخص وخصاله من جهة، ومكونات وخصائص بيئته الفيزيائية والاجتماعية من جهة أخرى (Barnes et al., 2008).

ولذلك كان الاتجاه لدراسة أبعاد المعتقدات حول الصحة العامة، التي تتحدد مشكلاتها على النحو التالي:

مشكلة الدراسة:

هناك دلائل عديدة على أن كثيراً من المشكلات المتعلقة بالصحة العامة مثل الألم والإجهاد والشعور بالضيق والقلق والخوف والاكتئاب بسبب الأمور الصحية تنتشر بين قطاعات كبيرة في أى مجتمع من المجتمعات، وذلك لعدة أسباب أهمها معتقدات الأفراد واتجاهاتهم نحو الصحة العامة، وما يرتبط بها من مشكلات (Barnes et al., 2008).

عام ١٩٧٥ نموذج المعتقدات الصحية Health Belief Model (HBM). وقد وُظف هذا النموذج على نطاق واسع فى الدراسات المهمة بسلوك الوقاية من المرض، ويتضمن مجموعة من المفاهيم المتصلة بالمعارف والمعتقدات حول مرض معين، ويشير إلى أن السلوك الصحى الوقائى يُعدّ محصلة للعوامل الآتية:

١- إدراك إمكانية الإصابة بمرض معين (تقدير التهديد المدرك).

٢- إدراك شدة المرض.

٣- إدراك الفوائد التى يمكن تحقيقها عند الالتزام بسلوكيات الوقاية فى مقابل التكاليف أو القيود التى يفرضها عدم الالتزام بهذه السلوكيات.

٤- هاديات وموجهات الفعل مثل المعلومات أو النصائح التى تركز انتباه الفرد على المرض وعلى سلوكيات الوقاية الملائمة (Becker & Maiman, 1975).

ويتأثر إدراك تهديد المرض ببعض المتغيرات الديموجرافية كالعمر والجنس وكذلك سمات الشخصية، والمعلومات التى يتلقاها الفرد حول المشكلات الصحية أو التعرض لها (روبرت أيدلمان، ٢٠٠٠).

وقد أدى هذا النموذج إلى إجراء عدد كبير من البحوث التى دعم الكثير من نتائجها التنبؤات المستخلصة منه. وبالنظر إلى سلوك تحسين الصحة، اتجهت البحوث نحو قضايا معينة، منها المشاركة فى برامج

الفرد حول الصحة - المرض، وهى: أن تلك المعتقدات تتأثر وتؤثر بشدة فى مدى وعيه بالمخاطر الصحية سواء القائمة أو المحتملة، وتؤثر كذلك فى مدى اعتناؤه بذاته وبصحته وأن يسلك سلوكاً صحياً سليماً، والخاصية الثالثة أنها قابلة - بدرجة أو بأخرى - للتعديل والتغيير (Hjelm et al., 2008a).

ويوجد لدى كل شخص نسق معتقدات خاص به حول الصحة العامة، وكذلك نسق معتقدات حول كل مرض من الأمراض على حدة. وعادة ما يتضمن هذا النسق خمسة مكونات هى: طبيعة أو ماهية المرض، ومدى استمراره أو دوامه، وأسبابه ومترتباته أو آثاره على الفرد، ومدى قابليته للعلاج، وإمكان الشفاء من المرض (Prins et al., 2008).

وقد تم تناول مشكلة الدراسة الحالية من خلال المفهوم العام للمعتقدات حول الصحة العامة بشقيه الجسمى والنفسى دون تحديد.

الإطار النظرى والدراسات السابقة:

(١) النماذج المفسرة للمعتقدات حول الصحة العامة:

نجد فى هذا الإطار بعض النماذج والتصورات النظرية التى قُدمت لتفسير علاقة المعتقدات حول الصحة العامة والسلوك الصحى الذى يمارسه الفرد، فقد صاغ بيكر ومايمان Becker & Maiman

ويترتب على هذه الفروض أنه إذا تم إمداد الناس بالمعلومات الملائمة والوسائل المختلفة لتجنب المرض، فإنهم سوف يقومون بسلوكيات الوقاية (Carmel, Shani & Rosenberg, 1996).

وقد دفعت هذه القدرة المحدودة للنموذج بعض الباحثين للنظر إلى هذه الاستجابات على أنها أبعاد نظرية يمكن قياسها إمبيريقياً، وليست استجابات مُسلماً بصحتها، ومن هذه المجهودات البحثية إعداد مقياس مركز التحكم الصحي Health locus of Control scale، والذي صمم لقياس درجة إدراك الأفراد لقدرتهم على التحكم في صحتهم الخاصة.

ويشير تيلور Taylor عام ١٩٩٩ إلى أن نموذج المعتقدات الصحية يفسر ممارسة الناس للعادات الصحية بشكل ملائم، كما أنه يسهم في التبؤ بممارسة سلوكيات الوقاية، ومنها رعاية الأسنان، والفحص الذاتي للثدي، والرجيم في حالات السمنة، وكذلك السلوكيات الوقائية المتصلة بخطر التعرض للإيدز، ولا تقتصر أهمية هذا النموذج على تفسير وفهم الأسباب التي تدفع الناس للقيام بالسلوكيات الصحية، ولكن تسهم أيضاً في التنبؤ ببعض الظروف التي تتغير في ظلها السلوكيات الصحية للأفراد (Taylor, 1999, p.64).

ووفقاً لنموذج المعتقدات الصحية، يُعد الشعور بالكفاءة الذاتية محدداً مهماً

فحص سرطان عنق الرحم، والحد من عوامل الخطر كالإقلاع عن التدخين وتغيير عادات التغذية. ومن خلال مراجعة ٢٤ دراسة في هذا المجال، استخلص جانز وبيكر Janz & Becher ١٩٨٤ أن نية اتخاذ إجراء وقائي تعد أكثر احتمالاً لدى أولئك الذين يعتقدون أنهم أكثر حساسية للظروف الصحية موضوع التساؤل، وأن المرض المتوقع ستكون له تأثيرات خطيرة، وأن مزايا القيام بإجراءات وقائية تفوق التكاليف (المرجع السابق).

وتشير نسبة التباين المنخفضة المفسرة لسلوك الوقاية الصحية عبر الدراسات المختلفة إلى أن هذا النموذج على الرغم من كونه أداة مشجعة لمزيد من البحوث، فإن قدرته التنبؤية تظل محدودة (Harrison, Mullen & Green, 1992).

ويشير "كارمل وآخرون" إلى أن محدودية النموذج تستمد من كون الفروض الثلاثة المستنبطة منه محددة ثقافياً، وهي:

١- أن الناس يعطون قيمة عالية لصحتهم، وهم مدفوعون لحمايتها.

٢- يعتقد الناس أنهم قادرون على التحكم في صحتهم وضبط الأمور المتعلقة بذلك.

٣- أن الناس يلتزمون بالسلوكيات الصحية بناءً على الحسابات المنطقية للفوائد والخسائر.

المعتقدات والاتجاهات الصحية والسلوك بشكل مباشر.

وعلى الرغم من أن نموذج فيشباين استخدم للتنبؤ بمجال واسع من السلوك، فإن استخدامه محدود بمجال السلوك المتعلق بالصحة، كما أن إحدى مشكلات النظرية تمثلت في أنها لا تضع في حسبانها القرارات غير المنطقية التي يتخذها الناس حول صحتهم، ومن ذلك الفشل في السعي إلى العلاج الطبى عند ظهور أعراض المرض، بالإضافة إلى أن المقاصد والسلوك ليسا مرتبطتين بالضرورة (روبرت أيللمان، ٢٠٠٠).

وحديثاً، قدم لوف love ودافولى Davoli وثورمان Thurman تصوراً سنة ١٩٩٦ عرف بالنموذج متعدد الأبعاد للسلوك الصحى، ويعتمد هذا التصور على أن هناك فئتين من العوامل تؤثران فى الأحكام المتصلة بالسلوك الصحى، تتمثل الفئة الأولى فى مجموعة العوامل البيئية وتشمل المساندة الاجتماعية بهدف تغيير السلوك وموقف الفعل، وإمكانية الوصول إلى الموارد الضرورية للتغيير، والتكاليف المادية لبرنامج تغيير السلوك، أما الفئة الثانية فتختص بالعوامل الشخصية، وتشمل المقصد السلوكى، والاعتقاد بإمكانية التأثير أو التعرض للمرض، والمعتقدات الخاصة بالكفاءة الذاتية أو القدرة على التغيير، ومعرفة الآثار، وكذلك الوقت المتاح

لممارسة السلوكيات الصحية، حيث يبدو هذا الشعور فى اعتقاد الشخص بأنه قادر على التحكم فى ممارسة سلوك معين (Bandura, 1986).

كما قدم فيشباين Fishbien وأزن Ajzen عام ١٩٧٥ أيضاً نموذج السلوك أو الفعل المبرر Reasoned Action model والذي عدل فيما بعد بنظرية السلوك المخطط Planned Behavior، التى ترى أن قدراً كبيراً من سلوكنا يخضع للتحكم الإرادى والمقاصد الشخصية، كما أن هذه المقاصد تتأثر باتجاهاتنا نحو السلوك والمعايير الذاتية حول مدى ملاءمته، كما تتشكل تلك المعايير مما يعتقد أن الناس يعتبرونه السلوك الملائم وكذلك دافعية الفرد للإذعان لهذه المعايير (Fishbein & Ajzen, 1975, Ajzen & Madden, 1986).

ومن ثم فإن السلوك الصحى -وفقاً لهذه النظرية- يعد نتيجة مباشرة للمقصد السلوكى، والمقاصد السلوكية تتكون من ثلاثة عناصر هى الاتجاهات نحو الفعل النوعى، والمعايير الذاتية المتعلقة بهذا الفعل، والضبط السلوكى المدرك.

وتعتمد الاتجاهات نحو الفعل على المعتقدات حول النتائج المحتملة له، وتقويمات هذه النتائج (Taylor, 1999, P.66) وبناءً على ما سبق، فإن نظرية السلوك المخطط تحاول الربط بين

الخلفية الثقافية والاجتماعية للأفراد (Hjelm et al., 2008b). فعلى سبيل المثال، هناك ما يدل على أن أهل الحضر يعطون أهمية قصوى لحالتهم الصحية، ويعتبرون الصحة أهم جانب في حياة الفرد، وهم في ذلك يختلفون عن أهل الريف الذين تحتل الصحة العامة والاهتمامات الصحية لديهم مرتبة متأخرة من الأهمية (Sun et al., 2006).

وقد شهدت السنوات الأخيرة اهتماماً شديداً بدور السياق الاجتماعي والثقافي في درجة شعور الفرد بالآلم، وفي سلوكياته المرتبطة بالمرض بشكل عام (Poortinga et al., 2008). فالفرد الذي يعيش في سياق ثقافي اجتماعي يبالغ في الخوف من المرض وآلامه، يكون شعوره بالآلم أكثر شدة ومبالغة، مقارنة بمن يعيش في سياق آخر لا يبالغ في الخوف من المرض ومن الآلم (Editorial, 2007).

كما أن بعض جوانب السياق الاجتماعي للفرد، تكون أكثر أهمية وتأثيراً في تحديد معتقداته الصحية وممارساته الصحية، مقارنة بجوانب أخرى. فهناك ما يدل على أن معتقدات الأفراد حول الصحة العامة عادة ما تتكون مما يستمدونه من أسرهم أو بيئتهم الاجتماعية المباشرة، أكثر من اعتمادها على ما يستمدونه من الأطباء والمتخصصين في النواحي الصحية (Dunn et al., 2008)، وذلك مع التسليم بأن

للتغيير، والموارد المالية المتوفرة لتحقيق هذا التعديل في السلوك الصحي (Love, Davoli & Thurman, 1996).

وقد تبين في دراسة أجراها لوفى وزملاؤه أن النموذج السابق متعدد الأبعاد للسلوك الصحي قد استوعب نصف التباين في الأحكام المتعلقة بثلاثة سلوكيات صحية وهي التوقف عن التدخين، وإنقاص الوزن، والممارسة المنتظمة للتدريبات الجسمية (المرجع السابق).

ومن الواضح أن النموذج السابق يبرز دور العوامل البيئية والاجتماعية، إضافة إلى العوامل الشخصية في القرارات والأحكام المتصلة بالسلوك الصحي، في حين ركز نموذج المعتقدات الصحية وكذلك نموذج السلوك المخطط على دور العوامل الشخصية ممثلة في الاتجاهات والمعتقدات والإدراك الشخصي لتهديد المرض والسمات الشخصية وكذلك المقاصد السلوكية؛ لذا نعرض في الجزء الحالي أهم هذه العوامل سواء البيئية الاجتماعية أو الشخصية.

(٢) العوامل المحددة لنسق المعتقدات حول الصحة العامة:

نظراً لأن معتقدات الفرد واتجاهاته بشكل عام، والمتعلقة منها بالصحة العامة على وجه الخصوص، لا تتكون وتمارس تأثيرها في فراغ، لأنها جزء أساسي من السياقات الاجتماعية التي يعيش فيها الفرد (Barnes et al., 2008)، فإنها تتباين بشدة بتباين

سبيل المثال- أن معتقدات السيدات المصابات بمرض السكر واللاتى يعالجن منه فى عيادة لأمراض النساء، تكون مختلفة كثيراً عن معتقدات عينة أخرى مماثلة من السيدات يتم علاجهن منه فى عيادة متخصصة فى علاج هذا المرض (Hjelm et al., 2008a).

وعلى الجانب الآخر، تتحدد معتقدات الفرد وممارساته الصحية على بعض خصائصه الذاتية وسمات شخصيته. ومن أهم تلك السمات مركز التحكم الخاص بالأمور الصحية Health locus of control، إذ تبين أن أصحاب مركز التحكم الداخلى يتبنون معتقدات حول الصحة العامة، ويسلكون -فيما يتعلق بصحتهم- بشكل مختلف كثيراً عن ذوى مركز التحكم الخارجى (شعبان جاب الله ومعتز عبد الله؛ ٢٠٠١، Poortinga et al., 2008).

وكذلك تعد فاعلية الذات من السمات المحددة للمعتقدات والممارسات الصحية للفرد، سواء العامة أو الخاصة بالأمور الصحية (Poortinga et al., 2008). وأخيراً هناك الحالة الوجدانية العامة للفرد والتي تعد أحد المحددات المهمة لمعتقداته وممارساته الصحية، وما لديه من معارف وأفكار ومعلومات خاصة بالألم. فعلى سبيل المثال، تبين أن تحسين الحالة الوجدانية لمجموعة المرضى الذين يشكون من آلام عضلية عظمية، وذلك عن طريق علاجهم

للأطباء ومقدمي الخدمات الصحية بشكل عام، تأثيراً فعالاً فى تشكيل نسق معتقدات الأفراد حول الصحة العامة، سواء كان هؤلاء الأفراد من الأصحاء أو المرضى (Editorial, 2007).

وثمة جانبان أساسيان فى الإطار الثقافى والاجتماعى للفرد، يؤثر كل منهما بشدة فى تشكيل معتقداته الصحية، الأول هو الثقافة الدينية السائدة فى المجتمع وثقافة الفرد الدينية فيما يتعلق بمفهومى الصحة والمرض، وبخاصة فيما يتعلق بأسباب المرض وأساليب علاجه وإمكان الوقاية منه (Mjelm et al., 2008b). أما الجانب الثانى فهو كم وطبيعة المشكلات الاجتماعية والاقتصادية التى يعانها هذا المجتمع وتمثل للفرد مصادر للضغوط الاجتماعية Social Stress، حيث هناك ما يشير إلى أن تلك الضغوط من أهم المتغيرات القادرة على التنبؤ بكل من معتقدات الفرد حول صحته العامة، وبسلوكه وممارساته الصحية (Keeley et al., 2008).

وإذا كان السياق الثقافى والاجتماعى العام الذى يعيش فيه الفرد يحدد بدرجة كبيرة معتقداته وممارساته الصحية، فإن السياق الفيزيقي والاجتماعى الخاص الذى يتلقى فيه الفرد معلوماته ومعارفه -سواء عن حالته الصحية الخاصة أو عن الصحة العامة- يؤثر كذلك فى تشكيل تلك المعتقدات وهذه الممارسات؛ إذ تبين -على

ترى غضاضة في إظهار الضعف والشكوى والألم (Prins et al., 2008).

وخلاصة القول أن معتقدات الفرد حول الصحة العامة، هي دالة لتفاعل نوعين من العوامل ذات الأهمية هي سمات الشخصية، والعوامل الاجتماعية والديموجرافية (Hjelm et al., 2008a, b).

(٣) مكونات نسق المعتقدات حول الصحة العامة:

من الأمور المهمة الكشف عن مكونات نسق المعتقدات حول الصحة العامة في أي مجتمع من المجتمعات بشكل عام، ولدى شرائح بعينها من أبناء هذا المجتمع، وهم على وجه التحديد: الأطفال والنساء وكبار السن، على اعتبار أن هناك ما يشير إلى أن تلك الفئات الثلاث هي الأكثر حاجة لتصحيح وتعديل نسق معتقداتها الصحية بالشكل الذي يحقق لها الصحة الجسمية والنفسية على حد سواء (Sun et al., 2006).

ومع تعدد مكونات نسق معتقدات الأفراد حول الصحة العامة، فإن "هيلمان" (Helman, 2000) يركز في إطاره النظري الخاص بأسباب المرض على أن الأفراد يرجعون المرض إلى أسباب يمكن تصنيفها في أربع فئات هي: عوامل خاصة بالفرد نفسه (نمط حياته وسلوكه وممارساته الشخصية والعوامل الوراثية لديه وبعض العيوب الجسدية التي يعاني منها.... إلخ)،

من القلق والاكتئاب، قد أدى إلى تعديل جوهرى في نسق معتقداتهم الصحية، وتغيير في سلوكهم المرتبط بصحتهم العامة كالعودة إلى ممارسة أعمالهم بكفاءة من جديد (Keeley et al., 2008).

وكذلك تؤثر المتغيرات الديموجرافية في إدراك الفرد لحالته الصحية، ومن ثم ممارساته الصحية، وأهمها العمر والجنس والوظيفة والمستوى الاجتماعى الاقتصادى للفرد ومستوى التعليم (Poortinga et al., 2008; Keeley et al., 2008). وفي حين يرى البعض أن متغير مستوى التعليم هو أهم المتغيرات الديموجرافية تأثيراً في نسق معتقدات الفرد الصحية (Sun et al., 2006)، فإن البعض الآخر يؤكد على أهمية وأولوية عامل الجنس (ذكر - أنثى) والعمر (Prins et al., 2008).

فهناك من الدلائل على اختلاف نسق المعتقدات حول الصحة العامة باختلاف نوع الجنس (ذكور وإناث)، وبخاصة فيما يتعلق بالمعتقدات المتعلقة بأسباب المرض، والمعتقدات الخاصة بالوقاية والعلاج (Poortinga et al., 2008)، وربما يكون اختلاف عملية التنشئة الاجتماعية هي السبب في ذلك، إذ إن التنشئة الاجتماعية للذكر تركز على الشعور بالقوة وإخفاء الضعف والفشل والانكسار (المرض نموذج من ذلك)، وذلك على عكس الأنثى التى لا

ليسوا متخصصين فى الأمور الصحية (ليسوا أطباء). وتتضمن الفئة الثانية للجوء إلى أساليب علاج مستمدة من الفلكلور والتراث الشعبى، ويدخل فى هذه الفئة الاعتماد فى العلاج على ما يسمى بالطب البديل أو التكميلى Complementary medicine كالعلاج بالأعشاب أو غيرها من الوسائل. أما الفئة الثالثة فتتضمن معتقدات العلاج عن طريق اللجوء مباشرة إلى الأطباء والمراكز الطبية المتخصصة.

وهناك ما يشير إلى أن معتقدات الأفراد حول العلاج على وجه التحديد، تختلف باختلاف معتقداتهم فى قدرتهم على مجابهة المرض ومشكلاته وتبعاته، والتوافق معه بصورة أو بأخرى من صور التوافق، وكذلك على اعتقادهم فى إمكان الشفاء منه وفرص الشفاء المتاحة (Prins et al., 2008). وكذلك فهناك ما يشير إلى أن الإناث بشكل عام -مقارنة بالذكور- يعتقدن بوجود عوائق أكثر، وأنهن يواجهن مشكلات -سواء مادية أو نفسية أو اجتماعية- أكثر وأصعب عند سعيهن للعلاج وطلبهن للرعاية الصحية (المرجع السابق).

ويعتبر الوعي بالمخاطر الصحية، سواء القائمة أو المحتملة، أحد أهم أبعاد أو مكونات معتقدات الأفراد حول الصحة العامة (Sun et al., 2006). فهناك من يؤكد على أن هذا النمط من المعتقدات هو حجر

وعوامل خاصة بالبيئة الطبيعية (مواد كيميائية مثل العقاقير والمناخ الجوى وتأثيرات الشمس والقمر والنجوم والعوامل البيئية مثل التدخين والتلوث... إلخ)، وعوامل خاصة بالبيئة الاجتماعية (العلاقات بين الأفراد والصراعات بين البشر والاعتقاد بوجود أشخاص أشرار لديهم القدرة الخارقة على حسد الآخرين وإصابتهم بالأذى أو ما يسمى بـ"عين الحسود".... إلخ)، وأخيراً بسبب أشياء غيبية (القضاء والقدر والأرواح وامتحان من الله... إلخ). وهناك من يؤكد على أهمية معتقدات الفرد حول أسباب المرض، وأنها هى المحدد الأساسى لأساليب اعتنائه بذاته وصحته بهدف الوقاية، وكذلك للاستراتيجيات العلاجية التى يعتمد عليها إذا ما أصيب بالمرض، باعتبار أن تفسير الفرد للمرض هو الذى يحدد تفسيره ومعتقداته حول العلاج (Hjelm et al., 2008a).

وفيما يتعلق بمعتقدات الفرد حول الوقاية والعلاج، يؤكد "كليمنان" Kleinman عام ١٩٨٠ فى نموذج النظرى الخاص بالسعى للحصول على الرعاية الصحية Model of health-care seeking على أن تلك المعتقدات تصنف فى ثلاث فئات أساسية، الأولى تتمثل فى الاعتماد على نصائح وإرشادات أفراد ذوى مركز اجتماعى أو مكانة خاصة بالنسبة للفرد، سواء أكانوا من أفراد أسرته أم أصدقائه أم أقربائه، وهم

(٤) نسق المعتقدات الصحية والممارسات الصحية:

ثمة ارتباط وثيق بين نسق معتقدات الفرد حول الصحة العامة وحالته الصحية من جهة، وممارساته السلوكية الصحية وحالته الصحية الفعلية من جهة أخرى، وإن كان من غير الواضح تمامًا أيهما الذى يحدد الآخر، أو أيهما السبب وأيهما النتيجة (Sum et al., 2006; Poortinga et al., 2008). ولا شك أن معتقدات الفرد الصحية، أحد أهم محددات دافعيته الصحية Health motivation التى تكشف عن نفسها فى مدى حرصه والتزامه وسعيه للحصول على المعلومات والمساعدات والخدمات الصحية فى الوقت المناسب، ومن مصدرها الصحيح، بحيث يتحاشى المرض، أو يسارع بالعلاج والوصول للشفاء (Hjelm et al., 2008b). فما لدى الفرد من أفكار ومعتقدات عن الصحة والمرض، يرتبط جوهريًا بنموذج الرعاية الصحية الذى يلجأ إليه عند الحاجة، وبممارساته السلوكية المتعلقة بالصحة بشكل عام (Hjelm et al., 2008a)، على الرغم من وجود بعض الدلائل على أن معتقدات واتجاهات المعالجين ومقدمي الخدمات الصحية فى مجتمع الفرد ربما تؤثر أو تتوسط تلك العلاقة بين معتقداته حول الصحة - المرض، وممارساته السلوكية الخاصة بذلك (Editorial, 2008).

الزاوية فى المعتقدات الخاصة بالصحة - المرض لدى الفرد بشكل عام، وأنها هى التى تحدد باقى معتقداته سواء الخاصة بالأسباب، أو الخاصة بالوقاية والعلاج (Hjelm et al., 2008b).

ومعتقدات الفرد حول الصحة العامة، أو حول حالته الصحية على وجه التحديد، ليست ثابتة جامدة، بل قابلة للتغيير، سواء بفعل عوامل خارجية (من خارج الفرد) كالبرامج التعليمية والتثقيفية، أو بسبب خبرات شخصية ضاغطة أهمها إذا مرض الشخص نفسه وتحول من "سليم صحيًا" إلى مريض يعايش خبرة المرض بكل جوانبها (Prins et al., 2008).

وربما يكشف نسق معتقدات الفرد حول الصحة العامة عن وجود معتقدات خاطئة غير وظيفية Disfunctional تؤثر فى سلوكه الصحى تأثيرًا سلبيًا. والسؤال المهم هنا هو: ما سبب ذلك؟ ما أصل المعتقدات الصحية المختلفة أو غير الوظيفية؟ الواقع أنه لا توجد إجابة محددة لهذا السؤال حتى الآن، فهناك من الدلائل ما يشير إلى أن ذلك يرجع إلى سمات الفرد وخصائصه الشخصية، فى حين توجد دلائل أخرى على تلك المعتقدات الخاطئة ما هى إلا انعكاس لمعتقدات الآخرين المحيطين بالفرد، بما فى ذلك معتقدات من يقدمون الخدمات والرعاية الصحية (Editorial, 2008).

بكل ما يعتقد أن من شأنه الحفاظ على صحته، ومن ثم تجنب التعرض للألم (Keelay et al., 2008).

ويشير نموذج تجنب الخوف للعلاقة بين معتقدات الفرد الصحية من جهة، وتصرفاته وسلوكه العملي من جهة أخرى، إلى أن المرضى (خاصة مرضى آلام الظهر) الذين يتبنون معتقدات خاطئة عن مرضهم، ومبالغة شديدة لآلامهم، يكونون أكثر عرضة للمعاناة من خوف شديد من المرض وآلامه، ومن ثم يلجأون إلى إجراءات وسلوكيات حماية مبالغ فيها بشكل كبير، جوهرها هو الهروب والتحاشي والحرص الشديد على سلامة الجسم والحماية الزائدة له، والميل الشديد للجوء للراحة والكسل، إلا أن هذه السلوكيات تأتي نتيجة عكسية، إذ تزيد من شعورهم بالألم، وتزيد أيضاً من شعورهم بعدم السيطرة على هذا الألم، والعجز عن مجابهته والتعامل معه بشكل صحي مناسب (Valeyen & Linton, 2000).

وإذا كان البعض يؤكد على ثمة عوامل أساسية ثلاثة، يتحدد في ضوءها السلوك أو الممارسات الصحية للفرد وهي: معتقداته حول الصحة وفاعلية الذات متفاعلة مع بعض المتغيرات الاجتماعية والديموقراطية، وأهمها: العمر والجنس ومستوى التعليم والمستوى الاقتصادي (الدخل) والقيم الصحية السائدة في المجتمع الذي يعيش فيه

وإذا كانت ممارسات الفرد الصحية ونمط السلوك الذي يغلب في اعتنائه بنفسه وبصحته، لا يخرج عن واحد من ثلاثة أنماط سلوكية للوقاية والعلاج والحفاظ على الصحة هي: السلوكيات والممارسات الإيجابية، والسلوكيات والممارسات السلبية، والسلوكيات التي جوهرها البحث عن المعلومات اللازمة والضرورية للاعتناء بالصحة (Hjelm et al., 2008a)، فإن البعض يرى أن معتقدات الوعي بالمخاطر الصحية هي أهم مكون من مكونات معتقدات الفرد الصحية تأثيراً وتحديداً لنمط سلوكه الصحي الغالب، وأن الكثيرين ممن يسلكون بشكل غير صحي إنما يفعلون ذلك لنقص وعيهم بالمخاطر الصحية القائمة أو المحتملة، وأن زيادة هذا الوعي يؤدي عادة إلى زيادة السلوك والممارسات الصحية الإيجابية (Sun et al., 2006). هذا، في حين يؤكد البعض الآخر على المعتقدات الخاصة بتفسير المرض، ويرى أنها هي التي تحدد أساليب اعتنائه بذاته، وعاداته الغذائية، وأساليب الوقاية والعلاج التي يتبعها، وممارساته السلوكية الصحية بشكل عام (Hjelm et al., 2008b).

وكذلك يؤكد البعض على ما يسمى بمعتقدات تحاشي الخوف Fear-avoidance beliefs، ويرى أنها أكثر العوامل قدرة على التنبؤ جوهرياً بالسلوك والممارسات الصحية للفرد، باعتبار أنها تدفع الفرد للقيام

والثقافية دراسات قليلة على المستوى العالمي، ولم تلقَ العناية المطلوبة من الباحثين النفسيين (Barnes et al., 2008)، وربما تكون نادرة على المستوى العربى عامة والمصرى خاصة.

(٢) إن معظم الدراسات الخاصة بالمعتقدات الصحية، سواء التى ركزت على الصحة الجسمية أو الصحة النفسية، وسواء أجريت على عينات من الأسوياء أو المرضى، ركزت على بعدين فقط من أبعاد المعتقدات، هما المعتقدات حول أسباب المرض، والمعتقدات حول أساليب العلاج (انظر: Prins et al., 2008). ومن ثم فهناك إهمال واضح لأبعاد أخرى مهمة للمعتقدات حول الصحة العامة منها ما يتعلق بنسب انتشار الأمراض والوعى بالمخاطر الصحية، والمعتقدات الخاصة بإمكان الوقاية من الأمراض، وهو ما سيتم تناوله فى إطار الدراسة الحالية بما يضى نظرة تكاملية على طبيعة المعتقدات التى يتبناها الأفراد حول الصحة العامة، ومن ثم تأثيرها فى سلوكهم الحالى والمستقبل.

(٣) هناك دلائل على أن تعديل المعتقدات الصحية الخاطئة، يساعد الفرد على تعديل نمط حياته، وعاداته الغذائية، وإقلاعه عن تعاطى المخدرات أو

الفرد (Hjelm et al., 2008b)، فإن البعض الآخر يفسر السلوك الصحى للفرد Health-related behaviour فى سياق أكثر اتساعاً؛ إذ يرى أن هذا السلوك دالة للتفاعل بين نوعين من العوامل، الأولى داخلية (خاصة بالفرد)، وتصنف إلى ثلاثة مستويات هى: إدراكات الفرد ومعارفه واتجاهات الفرد وقيمه ومقصده أو نيته، والثانية خارجية، وتتضمن ما هو متوفر فى البيئة الاجتماعية للفرد، وما يوفره الآخرون ويقدمونه من مساعدات وتسهيلات، أو عوائق وصعوبات لممارسة هذا السلوك فى الواقع الفعلى (Sum et al., 2006).

وعلى أية حال، فثمة اتفاق على أن معتقدات الفرد الصحية تمثل ركناً أساسياً فى منظومة المخاطرة الصحية التى يواجهها (أو يدرك أنه يواجهها)، ومن ثم تؤثر فى سلوكه الصحى، وتحدد إلى درجة كبيرة احتمال إصابته بالمرض من عدمه مستقبلاً (Hjelm et al., 2008b).

أهمية الدراسة:

هناك مجموعة من الدلائل النظرية والتطبيقية التى تبرز من خلالها أهمية إجراء الدراسة الحالية وأهمها ما يلى:

(١) إن الدراسات التى غنيت بتحديد طبيعة معتقدات الأفراد حول الصحة العامة، والمحددات المختلفة المسؤولة عن تباين أنساق تلك المعتقدات باختلاف المتغيرات الديموجرافية والاجتماعية

الصحة العامة والسلوك الصحي، حيث تمثل هذه المعتقدات الأساس الذي يعتمد عليه مصممو البرامج الوقائية عند إعدادها والتخطيط لها قبل تنفيذها لدى قطاع معين من قطاعات المجتمع. ووفقاً لهذا فإن فعالية هذه البرامج الوقائية مرهونة بدقة تحديد معتقدات الأفراد حول جوانب صحتهم العامة.

(٥) اهتمت غالبية الدراسات بمعتقدات المرضى المصابين بأمراض جسمية مزمنة على وجه الخصوص مثل مرض السكر وضغط الدم والربو والسرطان والقلب وغيرها، ودور هذه المعتقدات في امتثال المرضى للنصح الطبي (انظر: هناء شويخ، ٢٠٠٨). ولم يُعَنّ الباحثون بمعتقدات الأفراد الأسوياء حول الصحة العامة، وهو الجانب الأكثر أهمية، الذي يجب أن تتطرق منه مختلف البرامج الوقائية التي تستند إلى تعديل معتقدات الأفراد الخاطئة والسلبية، وتقديم المعلومات والمعارف الصحيحة لهم.

هدف الدراسة وتساولاتها:

يتمثل الهدف الأساسي للدراسة في الكشف عن أهم أبعاد المعتقدات حول الصحة العامة لدى عينة من الذكور والإناث الجامعيين. وذلك في محاولة للإجابة عن ثلاثة أسئلة هي:

العقائير المؤثرة على صحته (Hjelm et al., 2008a). ومن الممكن تعديل تلك المعتقدات، وكذلك تعديل السلوكيات المرتبطة بالصحة، باستخدام الكثير من الأساليب أهمها البرامج التعليمية التثقيفية، وبعض التدخلات والأساليب السلوكية القائمة على نظريات التعلم (Editorial, 2008). وبالطبع فإن أولى خطوات تطوير وتحسين معتقدات الأفراد حول الصحة والمرض، وحثهم ومساعدتهم على زيادة الوعي الصحي، والحفاظ على صحتهم وصحة الآخرين، هي أن نحدد أولاً طبيعة نسق معتقداتهم عن الصحة والمرض، وما يكشف عنه من نواقص أو ثغرات، حتى يتسنى لنا - بناءً على ذلك - إمدادهم بالمعلومات اللازمة لسد هذا النقص، ووضع البرامج الملائمة لزيادة الوعي والثقافة الصحية لديهم (Hjelm et al., 2008a; Dunn et al., 2008).

(٤) نظراً لما تمثله الصحة العامة من أهمية كبيرة على المستوى الفردي والاجتماعي، فإن دراسة المعتقدات التي يتبنّاها الفرد نحو الجوانب المختلفة لهذه الصحة، كالوعي بالأسباب المحتملة للأمراض، وبالمخاطر التي تهدد الصحة، وأسس الوقاية والعلاج، تعد ذات قيمة تطبيقية كبيرة عند التخطيط لبرامج إرشادية ووقائية في مجال

الفرد من مبررات وحجج (معتز عبد الله وعبد اللطيف خليفة، ١٩٩٦^١).

وتجدر الإشارة إلى أن الحجج التي يبني الفرد اعتقاده عليها يصعب فحصها غالباً، كما أنها تتضمن درجات متفاوتة من اليقين الذاتي Subjective Certitude، أى أنها تختلف في قابليتها للتحقق وإمكان البرهنة على موضوع المعتقد، فبعض المعتقدات قابلة للتحقق منها، فى حين نجد أن البعض الآخر غير قابل للتحقق منه (عبد اللطيف محمد خليفة، ١٩٩٢، ص ٣٩).

ويختلف المعتقد عن مفهوم الرأى، حيث يمثل المعتقد مجموعة آراء حول أحد الموضوعات (Rokeach, 1968, p.113) كما يختلف المعتقد عن مفهوم الاتجاه Attitude فى ضوء وجهتين من النظر، ترى الأولى أن المعتقدات تمثل المكون المعرفى للاتجاه، وذلك وفقاً لتصور أن الاتجاه ذو ثلاثة مكونات: معرفى ووجدانى وسلوكى. أما وجهة النظر الثانية فترى أن الاتجاه يقصد به تحديداً المشاعر الوجدانية حول موضوع معين، ومن ثم فهناك فصل بين الاتجاهات والمعتقدات فى تناول النظرى والمعالجة التجريبية، كذلك يختلف المعتقد عن مفهوم المعرفة Knowledge، فعلى الرغم من أنه قد يشار أحياناً إلى المعتقد على أنه معرفة، فإن المعتقد قد يوجد فى غياب هذه المعرفة، كما قد يعتقد الفرد

١- ما أهم أبعاد المعتقدات حول الصحة العامة لدى كل من الذكور والإناث الجامعيين؟

٢- ما طبيعة العلاقة بين أبعاد المعتقدات حول الصحة العامة لدى كل من الذكور والإناث الجامعيين؟

٣- هل هناك تشابه بين أبعاد المعتقدات حول الصحة العامة لدى كل من الذكور والإناث الجامعيين؟

مفاهيم الدراسة:

نعرض فيما يلى لتعريف المفاهيم الأساسية فى الدراسة الحالية:

(١) المعتقدات Beliefs:

قدم الباحثون فى علم النفس الاجتماعى تعريفات متعددة لمفهوم المعتقد، فقد عرفه فيشباين وآرن Fishbien & Ajzen بأنه المعلومات والمعارف التى توجد لدى الشخص عن موضوع الاتجاه، بمعنى أن المعتقد يربط بين موضوع ما وخاصية معينة تميز هذا الموضوع كما عرفه كريتش وكريتشفيلد Krech & Crutchfield بأنه تنظيم يتسم بالثبات النسبى لمدرجات الفرد ومعارفه نحو جانب معين من عالمه الخاص، ويتسع مفهوم المعتقد أحياناً ليشمل كلاً من الرأى والمعرفة والإيمان. أما إنجلش وإنجلش English & English فيعرفان المعتقد بأنه التقبل الوجدانى لقضية أو خبر يحتمل الصدق وفقاً لما يوجد لدى

العقلانية Rational والمعتقدات غير العقلانية Irrational، وتعتبر المعتقدات العقلانية قابلة للتحقق منها واقعيًا، حيث يستطيع الفرد أن يقدم الحجج والبراهين على ما لديه من معتقدات، ولهذا النوع من المعتقدات أهميته في تحديد أحكام الفرد حول الموضوعات التي تدور حولها هذه المعتقدات. أما المعتقدات غير العقلانية فلا يستطيع الفرد التحقق منها؛ لأن معلوماته عنها مشوهة وغير صحيحة، ومن ثم فهي عديمة القيمة لأنه لا يستطيع أن يصدر حكمًا بشأنها (انظر: عبداللطيف محمد خليفة، ١٩٩٧).

وقد استفاد إليس Ellis من هذا التصنيف للمعتقدات عند صياغة نظريته في العلاج المعرفي الانفعالي، وذلك على أساس افتراض مؤداه أن الاضطرابات النفسية عموماً تعتبر نتيجة مباشرة للطريقة التي يفكر بها الشخص عن نفسه وعن العالم الذي يعيش فيه، بمعنى أن "إليس" ربط الاضطرابات الانفعالية بالمعتقدات اللاعقلانية التي توجد لدى الأفراد (محمد السيد عبدالرحمن ومعتز سيد عبدالله، ١٩٩٤).

كما ميز روكيتش بين ثلاثة أنواع من المعتقدات، الأول منها هو المعتقدات الوصفية، أي تلك التي توصف بالصحة والزيف (كالاعتقاد بأن الشمس تشرق من

في أشياء لم تتوفر لديه بعد المعرفة الكافية عنها (Harre & Lamb, 1984).

ومن مزايا هذا التصور لمفهوم المعتقد ما يلي:

أ- أنه يضع مفهوم المعتقد ضمن منظومة تتدرج في تعقدها وتشابكها بدءًا بالرأى وانتهاءً بالاتجاه.

ب- كما أنه لا يفقدنا الاهتمام بطابع اليقين الذاتي الذي يضيفه الأفراد على كل من آرائهم ومعتقداتهم واتجاهاتهم (عبدالحليم محمود السيد، ١٩٧٩، ص ص ١٩٤-١٩٥).

ويرى روكيتش أن المعتقدات تنتظم عموماً حول عدد من الأبعاد، ربما يكون أكثرها أهمية، الأبعاد الآتية:

١- البسيطة - في مقابل - المركبة أو المعقدة.

٢- المركزية أو السائدة في الشعور - في مقابل - الهامشية أو الضمنية.

٣- المؤكدة - في مقابل - غير المؤكدة.

٤- المنطقية أي التي تقوم على أساس دلائل وحجج معقولة - في مقابل - غير المنطقية، أي التي تقوم على أساس حجج غير معقولة.

٥- الدقيقة - في مقابل - الخاطئة.

٦- الراسخة - في مقابل - سهولة التغيير

(Rokeach, 1986) صنف ريم

وماسترز Rimm & Masters

المعتقدات في فئتين هما المعتقدات

هو مجموعة المعتقدات التي توجد لدى الفرد حول موضوع الصحة العامة والقضايا المتعلقة به. والتي تكونت لديه في ضوء ما مرّ به من خبرات حول هذا الموضوع، والتي ينتظم من خلالها سلوكه الصحي، سواء بطريقة صريحة أو دون وعي منه بذلك (شعبان جاب الله ومعتز عبد الله، ٢٠٠١).

وقد تم التعامل مع نسق المعتقدات حول الصحة العامة في ضوء المعتقدات الدقيقة والصحيحة في مقابل المعتقدات غير الدقيقة والخاطئة، أو المعتقدات المنطقية في مقابل غير المنطقية. وعلى ذلك تحددت أبعاد المعتقدات المفترضة حول الصحة العامة في إطار الدراسة الحالية في أربعة أبعاد هي:

- (أ) المعتقدات حول أسباب الأمراض.
- (ب) المعتقدات حول نسب الانتشار.
- (ج) المعتقدات حول الوعي بالمخاطر.
- (د) المعتقدات حول الوقاية والعلاج.

منهج الدراسة وإجراءاتها: منهج الدراسة:

المنهج المستخدم في الدراسة الحالية هو الوصفي الارتباطي، متمثلاً في استخدام التحليل العامل على وجه الخصوص.

إجراءات الدراسة:

نقدم فيما يلي وصفاً للإجراءات التي تم اتباعها لتحقيق هذا الهدف والإجابة عن تساؤلات الدراسة، بدءاً باختيار العينة وإعداد الأدوات وجمع البيانات، وانتهاءً بأساليب

جهة الشرق)، والثاني هو المعتقدات التقويمية Evaluative، أي التي يوصف على أساسها موضوع الاعتقاد بالحسن أو القبح (كالاعتقاد بأن طعاماً لذيق)، أما النوع الثالث فهو المعتقدات الآمرة أو الناهية Prescriptive، حيث يحكم بمقتضاها على بعض الوسائل أو الغايات بجدارة الرغبة فيها، أو عدم الجدارة (كالاعتقاد بأنه من المرغوب فيه أن يطيع الأطفال آبائهم) (معتز عبد الله وعبد اللطيف خليفة، ١٩٩٦ "أ").

وبناء على ذلك يمكن تعريف المعتقدات كما تتبناها الدراسة الحالية بأنها: "مجموعة المعارف والتصورات والمدرجات والمعلومات التي توجد لدى الفرد حول موضوع معين، سواء أكان هذا الموضوع أشخاصاً أم أشياء (واقعية أو غير واقعية) أم مواقف".

(٢) نسق المعتقدات:

نسق المعتقدات هو مجموعة من المعتقدات الفردية التي كونها الفرد حول موضوع معين (أشخاص أو أشياء أو مواقف) في ضوء ما مرّ به من خبرات حول هذا الموضوع، وينتظم من خلالها سلوكه سواء بطريقة صريحة أو دون وعي منه بذلك (معتز عبد الله وعبد اللطيف خليفة، ١٩٩٦ "أ"؛ ١٩٩٦ "ب").

(٣) نسق المعتقدات حول الصحة العامة:

تكوين تصور لأهم أبعاد المعتقدات حول الصحة العامة من خلال دراسة استطلاعية محدودة على عينة مماثلة لعينة الدراسة الأساسية من طلاب وطالبات الجامعة قوامها ٢٤٠ مبحوثاً، وذلك لمعرفة معلوماتهم وأفكارهم وتصوراتهم المختلفة حول الصحة العامة للإنسان المصري، وتم في هذه الدراسة تقديم ستة أسئلة مفتوحة النهايات لأفراد العينة، هي:

- ١- ما رأيك في الصحة العامة للإنسان المصري؟
- ٢- هل هناك أمراض وبائية منتشرة في المجتمع؟ وما هي؟
- ٣- ما أسباب الأمراض التي يعاني منها الإنسان المصري؟
- ٤- على من تقع مسؤولية انتشار هذه الأمراض؟ ولماذا؟
- ٥- هل توجد برامج وقائية من هذه الأمراض؟ وما رأيك فيها؟
- ٦- هل نحرص على المحافظة على صحتك؟ وكيف ذلك؟

وقد تم تحليل مضمون الاستجابات لهذه الأسئلة، والاستفادة منها في صياغة بنود المقياس بصورة أساسية، حيث مثلت هذه الاستجابات المكون الأساسي لبنود المقياس، بالإضافة إلى بعض المقاييس الأخرى التي استخدمت في مجالات قريبة من مجال الدراسة الحالية، وتم الاطلاع عليها (انظر: معتز سيد عبدالله، ١٩٩١؛ معتز سيد عبدالله،

التحليل الإحصائي للبيانات وذلك على النحو التالي:

أولاً: عينة الدراسة:

تكونت العينة الكلية للدراسة من ٤٧٤ مبحوثاً ومبحوثة من الطلاب الدارسين بكلية الآداب - جامعة القاهرة، تم اختيارهم من الفرق الأربع بأقسام الاجتماع والمكتبات والوثائق والتاريخ والجغرافيا واللغة العربية. وهي عينة صدفة غير احتمالية وتتقسم هذه العينة إلى عینتين فرعيتين، إحداها للذكور والأخرى للإناث على النحو التالي:

(١) عينة الذكور:

تكونت هذه العينة من ٢٢٥ مبحوثاً بمتوسط للعمر قدره ٢١,٦٧ عاماً وانحراف معياري ٢,٠٥ عاماً.

(٢) عينة الإناث:

تكونت هذه العينة من ٢٤٩ مبحوثة، بمتوسط للعمر قدره ٢٢,٥٠ عاماً، بانحراف معياري ١,١٣ عاماً.

ثانياً: أداة الدراسة:

تمثلت أداة الدراسة الأساسية في مقياس المعتقدات السائدة حول الصحة العامة، الذي قام الباحثان الحاليان بإعداده في دراسة سابقة (شعبان جاب الله ومعتز عبد الله، ٢٠٠١). وقد مرّت عملية الإعداد والتصميم بثلاث مراحل أساسية حتى أصبح صالحاً للاستخدام من الناحية السيكمترية، ونعرض فيما يلي لهذه المراحل الثلاث:

المرحلة الأولى: وفي هذه المرحلة تم

حساب الكفاءة السيكمترية للمقياس على النحو التالي:

أ- ثبات المقياس:

تم استخدام أسلوب الاختبار - إعادة الاختبار لحساب معامل الثبات، لدى مجموعتين من الذكور والإناث، قوام كل منهما ٣٠ مجرورًا، يماثلون أفراد العينة الأساسية، وكان الفاصل الزمني بين التطبيق الأول والثاني شهرًا، وتم حساب النسب المئوية للاتفاق بين إجابات المجرورين في مرتتي التطبيق على كل بند من بنود المقياس الخمسة والأربعين، وكانت جميع النسب المئوية للاتفاق مرضية، حيث تراوحت هذه النسب عبر البنود بين ٨٠% و ٩٨%، ومن ثم يعد ثبات المقياس مرضيًا بما يسمح باستخدامه والاعتماد على نتائجه.

ب- صدق المقياس:

استخدم لحساب صدق المقياس أسلوبان، هما صدق المجرور والصدق العاملي وذلك على النحو التالي:

١- صدق المجرور:

تم عرض المقياس مرة أخرى على مجموعة من المجرورين قوامها عشرة من أساتذة علم النفس، بهدف الحكم على صلاحية البنود ومناسبتها لقياس المعتقدات السائدة حول الصحة العامة في ضوء الأبعاد الأربعة المفترضة وهي الانتشار، والأسباب، والوعي بالخطر، والوقاية والعلاج. وقد تراوحت نسب الاتفاق بين المجرورين على

(١٩٩٧) وانتهت هذه المرحلة بصياغة ٥٣ بندًا، تمثل المقياس في صورته الأولية التي شملت أربعة أبعاد أساسية هي:

١- الانتشار.

٢- الأسباب.

٣- الوعي بالخطر.

٤- الوقاية والعلاج.

المرحلة الثانية: وتم فيها تقديم المقياس في صورته الأولية لعينة محدودة من الطلاب أيضًا (٢٠ طالبًا وطالبة) لمعرفة مدى وضوح صياغة البنود، ومدى فهم المجرورين لها، ولطريقة الإجابة، وذلك من خلال تسجيل استفسارات الطلاب وتساولاتهم، وقد ترتب على هذا الإجراء حذف ستة بنود، تبين أنها غير مفهومة، أو متشابهة مع بعض البنود الأخرى، وبذلك أصبح عدد البنود ٤٧ بندًا.

المرحلة الثالثة: وفيها تم عرض المقياس على عشرة مجرورين لتقويم سلامة الصياغة اللغوية للبنود ومدى وضوحها، وما إذا كان هناك تشابه بينها، وترتب على هذا الإجراء حذف بندين، أشار المجرورون إلى وجود تشابه بينهما وبين بندين آخرين، كما أدخلت بعض التعديلات الطفيفة على صياغة بعض البنود الأخرى، وتلا ذلك صياغة بنود المقياس في صورته النهائية التي تكونت من ٤٥ بندًا، على غرار مقياس ليكرت، حيث يختار المجرور بديلًا واحدًا من خمسة بدائل للإجابة يشملها متصل الشدة، تتراوح بين الموافقة التامة وعدم الموافقة. وبعد ذلك، تم

تم حساب معاملات الارتباط المستقيم (بيرسون) بين بنود مقياس المعتقدات حول الصحة العامة لدى عينتي الذكور والإناث، وأجرى التحليل العاملي من الدرجة الأولى لمصفوفتي الارتباط، وذلك بطريقة المكونات الأساسية لهوتيلنج

Hotelling، ووضع واحد صحيح في الخلايا القطرية، مع استخدام محك الجذر الكامن واحد صحيح على الأقل للعوامل التي تم استخراجها. وتم تدوير المحاور تدويراً مائلاً بالأوبلمن Oblimin لكارول Carroll. وتم اعتبار التشبع الملائم هو الذي يبلغ ٠,٣٥ فأكثر من أجل مزيد من النقاء والوضوح في المعنى السيكولوجي.

نتائج الدراسة:

تمثلت النتائج التي كشفت عنها التحليلات الإحصائية التي أجريت لدى عينتي الدراسة فيما يلي:

أولاً: أبعاد نسق المعتقدات حول الصحة العامة لدى الذكور:

أسفر التحليل العاملي من الدرجة الأولى لمصفوفة معاملات الارتباط المستقيم بين بنود مقياس المعتقدات حول الصحة العامة لدى عينة الذكور عن استخراج أربعة عشر عاملاً استوعبت ٦٠% من التباين الكلي. وبعد تدوير المحاور تدويراً مائلاً بالأوبلمن أمكن تفسيرها على النحو التالي:

العامل الأول: الوعي بالمخاطر -
الوقاية والعلاج:

صلاحية البنود الخمسة والأربعين التي يتكون منه المقياس بين ٩٢% و ١٠٠%، ومن ثم فإن المقياس تتوفر فيه المؤشرات الأولية للصدق كما تتمثل في صدق المضمون من خلال تقديرات المحكمين.

٢- الصدق العاملي:

تدعم نتائج التحليل العاملي التي أجريت لبنود المقياس الخمسة والأربعين لدى عينتي الذكور والإناث الصدق العاملي له، وهي النتائج التي كشفت عنها الدراسة الحالية، وسوف نعرضها تفصيلاً فيما بعد.

ثالثاً: جمع البيانات:

تم جمع بيانات الدراسة الحالية في جلسات جماعية، تراوح عدد المبحوثين في كل منها بين عشرين وأربعين مبحوثاً في الجلسة الواحدة، وقد قام الباحث بتطبيق مقياس المعتقدات حول الصحة العامة ضمن بطارية مقاييس أخرى*. واستغرقت جلسة التطبيق أربعين دقيقة في المتوسط.

رابعاً: خطة التحليلات الإحصائية:

* شملت البطارية مقياساً لمركز التحكم الصحي واستمارة للبيانات الأساسية للمبحوثين. وقد سبق نشر دراسة من تلك البيانات بعنوان: "المعتقدات السائدة حول الصحة العامة: دراسة مقارنة على أساس متغيري الجنس ومركز التحكم الصحي"، بمشاركة أ.د. شعبان جاب الله رضوان ونشرت ضمن منشورات مركز البحوث والدراسات النفسية بكلية الآداب، جامعة القاهرة، عام ٢٠٠١.

استوعب ٤,٦٤% من التباين الكلى، ترتيب أحجام تشبعاتها:
وتشبع على خمسة بنود هى كالاتى حسب

رقم البند	مضمون البند	التشبع
٤٥	رش الخضار والفاكهة بالمبيدات لا يؤثر على الصحة	٠,٧١٢
٢٩	يمكن أخذ الأدوية بناءً على خبرة الآخرين	٠,٤٨٣
١٩	حفظ الأغذية فى المحلات يتم بصورة جيدة	٠,٤٢٥
٣٤	هواء القاهرة ليس ملوثاً	٠,٣٨٦
٢٣	الخيز الموجود بالأسواق نظيف تماماً	٠,٣٧٧

العامل الثانى: الوقاية والعلاج: وتشبع على ثلاثة بنود هى كالاتى حسب

استوعب ٤,٢٠% من التباين الكلى، ترتيب أحجام تشبعاتها:

رقم البند	مضمون البند	التشبع
٣٦	برامج الوقاية الصحية فاشلة	٠,٦٦٧
٢	المسؤولون لا يهتمون بأمور الصحة	٠,٤٤٠
٦	الخدمات الطبية لمستشفيات الحكومة مناسبة	٠,٤٠٠-

العامل الثالث: الوعى بالمخاطر - وتشبع على ثلاثة بنود هى كالاتى حسب

الانتشار: ترتيب أحجام تشبعاتها:

استوعب ٤,٩١% من التباين الكلى،

رقم البند	مضمون البند	التشبع
٩	لا توجد مشكلات صحية فى المجتمع	٠,٧٣٧
٣٣	لا توجد أمراض معدية فى مصر	٠,٦٣١
٧	نسب انتشار الأمراض الوبائية فى مصر قليلة	٠,٥٨٠

العامل الرابع: الانتشار - الوعى

بالمخاطر:

استوعب ٣,٥٨% من التباين

الكلى، وتشبع على بندان هما كالاتى حسب

ترتيب حجمى تشبعهما(*) .

(*) نظراً لتحديد التشبع الدال بأنه الذى يتجاوز ٠,٣٥ فقد تم

قبول بعض العوامل التى تشبع عليها بندان فقط.

رقم البند	مضمون البند	التشبع
١٢	الريفيون أكثر إصابة بالمرض من سكان المدينة	٠,٧٧٣
٤	الأغذية الفاسدة الموجودة الموجودة في الأسواق قليلة	٠,٣٨٧

العامل الخامس: الانتشار - الوقاية وتشبعت عليه خمسة بنود هي كالاتى
والعلاج: حسب ترتيب أحجام تشبعاتها:

استوعب ٤,٧٣% من التباين الكلى،

رقم البند	مضمون البند	التشبع
٤٢	الإنسان المصرى ملئ بالأمراض	٠,٧٢٢-
٤٣	الناس يجهلون أسس الوقاية الصحية	٠,٦٣٢-
٤٤	معظم الناس لا يقدرون على ثمن العلاج	٠,٥٤٤-
٤٥	الناس يستخدمون المبيدات الحشرية دون وعى بأضرارها	٠,٣٨٤-

العامل السادس: الوقاية والعلاج: وتشبعت عليه أربعة بنود هي كالاتى حسب
استوعب ٥,١٨% من التباين الكلى، ترتيب أحجام تشبعاتها:

رقم البند	مضمون البند	التشبع
٢١	الذهاب للطبيب في الأمور البسيطة لا جدوى منه	٠,٧٢٩-
٢٥	يمكن الاعتماد على الوصفات البلدية في العلاج	٠,٧١٧-
٢٢	يمكن الاعتماد على الصيدلى لوصف العلاج	٠,٧٠١-
٢٩	يمكن أخذ الأدوية بناءً على خبرة الآخرين	٠,٤٤٧-

العامل السابع: الوقاية والعلاج: وتشبعت عليه ثلاثة بنود هي كالاتى حسب
استوعب ٤,٧٣% من التباين الكلى، ترتيب أحجام تشبعاتها:

رقم البند	مضمون البند	التشبع
٢٤	إجراء التحاليل الطبية الدورية ضروري	٠,٨٤٣
٣٩	إجراء الفحوص الطبية ليس مهماً	٠,٦٠٩-
١٣	فحوص ما قبل الزواج ليس لها قيمة	٠,٤١٥-

العامل الثامن: الانتشار - الوعى بالمخاطر الكلى، وتشبعت عليه أربعة بنود هي
استوعب ٥,٠٧% من التباين كالاتى حسب ترتيب أحجام تشبعاتها:

رقم البند	مضمون البند	التشبع
-----------	-------------	--------

٨	الغذاء الملوث منتشر بالأسواق	٠,٧١٢
١٠	أمراض السكر وضغط الدم مرتفعة	٠,٥٧٤
٣	أمراض الكبد والكلى وصلت لمعدلات مرتفعة	٠,٥٥٨
٤	الأغذية الفاسدة الموجودة في الأسواق قليلة	٠,٥٤١-

العامل التاسع: الوعي بالمخاطر - الوقاية وتشبع عليه بندان هما كالاتى حسب ترتيب
والعلاج:
أحجام تشبعاتهما:

استوعب ٣,٦% من التباين الكلى،

رقم البند	مضمون البند	التشبع
١٥	البعض يغالى فى النظافة دون مبرر	٠,٧٣٤
٥	قراءة تاريخ صلاحية المنتجات ضرورة	٠,٤٦٨-

العامل العاشر: الأسباب الكلى، وتشبع عليه ستة بنود هى كالاتى
استوعب ٤,٩٩% من التباين حسب ترتيب أحجام تشبعاتها:

رقم البند	مضمون البند	التشبع
٤١	المياه الملوثة تؤدي إلى أمراض الكلى والكبد	٠,٨٠٥
٣٠	سوء التغذية مسئول عن بعض الأمراض	٠,٤٦٥
٤٠	الناس يستخدمون المبيدات الحشرية دون وعى بأضرارها	٠,٤٥٩
٣٥	الجهل مسئول عن العديد من مشكلات الصحة العامة	٠,٤٥٨
٢٥	تلوث الهواء سبب أمراض الصدر والرئة	٠,٤٤٦
٢٨	الازدحام سبب العديد من الأمراض	٠,٤٣٨

العامل الحادى عشر: الأسباب - الوعى الكلى، وتشبع عليه ثلاثة بنود هى كالاتى
بالمخاطر:
حسب ترتيب أحجام تشبعاتها:

استوعب ٣,٦٧% من التباين

رقم البند	مضمون البند	التشبع
١٤	زواج الأقارب يزيد من معدلات انتشار الأمراض	٠,٦٠٧-
٣٢	معدة الإنسان المصرى تهضم أى شىء	٠,٥٨٦-
١	سوء التغذية سبب العديد من الأمراض	٠,٣٥٥

العامل الثانى عشر: الوقاية والعلاج: استوعب ٤,٣٦% من التباين الكلى،

وتشبع عليه أربعة بنود هي كالاتي حسب ترتيب أحجام تشبعاتها:

رقم البند	مضمون البند	التشبع
١٨	العلاج الحكومي قاصر ولا يفي بالغرض	٠,٨١٦
١٩	حفظ الأغذية في المحلات يتم بصورة جيدة	٠,٥٣٠
٤٤	معظم الناس لا يقدرون على ثمن العلاج	٠,٤٥٩
٦	الخدمات الطبية لمستشفيات الحكومة مناسبة	٠,٣٥٠

الثالث عشر: الانتشار - الأسباب: الكلي، وتشبع عليه ثلاثة بنود هي كالاتي
استوعب ٤,١١% من التباين حسب ترتيب أحجام تشبعاتها:

رقم البند	مضمون البند	التشبع
١٦	الأطفال يعانون مثل الكبار من أمراض ضغط الدم والسكر.... إلخ	٠,٧٣٥
١	سوء التغذية سبب العديد من الأمراض	٠,٤٩٧
٢٨	الازدحام سبب العديد من الأمراض	٠,٤٢٨

العامل الرابع عشر: الوقاية والعلاج - الكلي، وتشبع عليه بندان هما كالاتي حسب
الوعي بالمخاطر: ترتيب حجمي تشبعهما:

استوعب ٣,٩٦% من التباين

رقم البند	مضمون البند	التشبع
٢٧	المفروض أن يبدأ الاهتمام بصحة الطفل أولاً	٠,٧٢٦
٣١	يجب أن يقلق الإنسان على صحته	٠,٤٢٨

أما عن معاملات الارتباط بين
عوامل الذكور الأربعة عشرة المائلة،
فيوضحها الجدول التالي رقم (٢):

جدول رقم (٢)

مصفوف الارتباطات بين عوامل الدرجة الأولى المائلة لبنود مقياس
المعتقدات حول الصحة العامة لدى عينة الذكور (ن = ٢٢٥)

١٤	١٣	١٢	١١	١٠	٩	٨	٧	٦	٥	٤	٣	٢	١	
													١	١
												١	٠.٤١	٢
											١	٠.٩٩-	١٦٠	٣
										١	٠.٥١	٠.٣٨-	٠.٣٦	٤
									١	٠.٨٢-	٠.٤٧	١٥٤-	٠.٢٣-	٥
								١	٠.٥٥	٠.٥٦-	٢.٠٠-	٠.٦٥-	١٨٧-	٦
							١	١٤٣	٠.٦٦	٠.٣٩	١.٠٨-	١٥٦-	١٦٨-	٧
						١	٠.٤٦	٠.٤٣	١١.٠-	٠.٠٤-	١.٦٦-	١١٥	١١٦-	٨
					١	٠.٧١	٠.٨٢-	٠.٦٨	١٤١-	٠.٧٢	٠.٣٣-	٠.٥٠	٠.٠٣	٩
				١	٠.٣٢	١.٢٦	١.١١	٠.٦٤	٠.٢١-	٠.١٣-	١.٥١-	١.٠٥-	١.١٩-	١٠
			١	٠.٢٧-	٠.١٨-	٠.٢٢-	٠.٤٥	٠.٦٨	٠.٦٨	٠.٢٧-	٠.٦٦-	٠.٢٢-	٠.٤٢-	١١
		١	٠.٤٣-	١.٤٥	٠.٥٦	١.١٨	٠.١٢	٠.٤٦	١.٠٠-	٠.٥٠-	١.٠٦-	٠.٧٩	٠.٨٠-	١٢
	١	٠.٩٤	٠.٤١-	١.٢٠-	٠.٤٨	١.٠٥	٠.٨٨	٠.٣٩	٠.٠٧-	٠.٢٧	٠.٥٠-	٠.٤٨	٠.٩١-	١٣
١	١.٢٥	٠.٥٨	٠.٣٥-	٠.٨٣	٠.٠٧-	٠.٨٧	١.٥١	٠.٥١	٠.١١	٠.٢٠-	٠.٣٨-	٠.١١	٠.٢٣-	١٤

* حذف العلامة العشرية دح= ٢٢٣ دلالة الذيلين

٠.١٣٨ دال عند مستوى ٠.٠٥، ٠.١٨١ دال عند مستوى ٠.٠١

ويتبين من الجدول السابق أن اثني

العامة لدى الإناث:

عشر معاملاً للارتباط وصلت إلى مستوى
الدلالة الإحصائية (٠.٠٥) من بين واحد
وتسعين معاملاً للارتباط تشملهما
المصفوفة، منها معاملاً فقط هما اللذان
تجاوزا هذا المستوى ووصلا إلى مستوى
دلالة ٠.٠١. ويعنى ذلك استقلال هذه
العوامل عن بعضها البعض.

ثانياً: أبعاد نسق المعتقدات حول الصحة تفسيرها على النحو التالي:

العامل الأول: الأسباب - الانتشار: الكلى، وتشبعت عليه ثلاثة بنود هي كالاتى
استوعب ٤,٢٠% من التباين حسب ترتيب أحجام تشبعاتها:

رقم البند	مضمون البند	التشبع
١	سوء التغذية سبب العديد من الأمراض	٠,٧٩٥
٣	أمراض الكبد والكلى وصلت لمعدلات مرتفعة	٠,٦٣٣
٢	المسؤولون لا يهتمون بأمور الصحة	٥٣٩

العامل الثانى: الوعى بالمخاطر - الوقاية استوعب ٤,٥٦% من التباين
والعلاج: الكلى، وتشبعت عليه أربعة بنود هي
كالاتى حسب ترتيب أحجام تشبعاتها:

رقم البند	مضمون البند	التشبع
٣٨	وسائل الإعلام توعى الناس بأمور الصحة	٠,٦٩٥
٣٦	برامج الوقاية الصحية فاشلة	٠,٥٧٢-
٤٠	الناس يستخدمون المبيدات الحشرية دون وعى بأضرارها	٠,٤٨٣
٤١	المياه الملوثة تؤدى إلى أمراض الكبد والكلى	٠,٤٨٣-

العامل الثالث: الوقاية والعلاج: الكلى، وتشبعت عليه أربعة بنود هي
استوعب ٥,٠٢% من التباين كالاتى حسب ترتيب أحجام تشبعاتها:

رقم البند	مضمون البند	التشبع
٢٢	يمكن الاعتماد على الصيدلى لوصف العلاج	٠,٧٤٦
٢١	الذهاب للطبيب فى الأمور البسيطة لا جدوى منه	٠,٧٣٣
٢٠	يمكن الاعتماد على الوصفات البلدية فى العلاج	٠,٤٥٣
٢٣	الخبز الموجود بالأسواق نظيف تمامًا	٠,٤٠١

العامل الرابع: الوقاية والعلاج: الكلى، وتشبعت عليه بندان هما كالاتى حسب
استوعب ٤,٠٤% من التباين ترتيب حجمى تشبعهما.

رقم البند	مضمون البند	التشبع
٢٤	إجراء التحاليل الطبية الدورية ضرورى	٠,٧٦٨
٣٩	يمكن أخذ الأدوية بناء على خبرة الآخرين	٠,٦٢٩-

العامل الخامس: الوعى بالمخاطر - الكلى، وتشبعت عليه ثلاثة بنود هى كالاتى
الأسباب:
 حسب ترتيب أحجام تشبعاتها:

استوعب ٤,٣١% من التباين

رقم البند	مضمون البند	التشبع
٤٥	رش الخضار والفاكهة بالمبيدات لا يؤثر على الصحة	٠,٧٠٦
٣٤	هواء القاهرة ليس ملوثاً	٠,٦٩٣
٤١	المياه الملوثة تؤدى إلى أمراض الكبد والكلى	٠,٤٣٧-

العامل السادس: الانتشار - الأسباب الكلى، وتشبعت عليه ثلاثة بنود هى كالاتى
الأسباب:
 حسب ترتيب أحجام تشبعاتها:

استوعب ٣,٦٩% من التباين

رقم البند	مضمون البند	التشبع
١٦	الأطفال يعانون مثل الكبار من أمراض ضغط الدم والسكر ... إلخ	٠,٧٢٦
١٧	الفقراء لا يستطيعون تحمل نفقات العلاج	٠,٥٥٣
١٤	زواج الأقارب يزيد من معدلات انتشار الأمراض	٠,٤٦٩

العامل السابع: الانتشار - الوعى الكلى، وتشبعت عليه أربعة بنود هى
بالمخاطر:
 كالاتى حسب ترتيب أحجام تشبعاتها:

استوعب ٤,٠٢% من التباين

رقم البند	مضمون البند	التشبع
٣٣	لا توجد أمراض معدية فى مصر	٠,٨٠٤-
٣٢	معدة الإنسان المصرى تهضم أى شىء	٠,٥٠٣-
٧	نسب انتشار الأمراض الوبائية فى مصر قليلة	٠,٤٥٩-

العامل الثامن: الوعى بالمخاطر - الكلى، وتشبعت عليه ثلاثة بنود هى كالاتى
الأسباب:
 حسب ترتيب أحجام تشبعاتها:

استوعب ٢,٨٧% من التباين

رقم البند	مضمون البند	التشبع
٤	الأغذية الفاسدة الموجودة فى الأسواق قليلة	٠,٦٠٣-
٢٥	تلوث الهواء سبب أمراض الصدر والرئة	٠,٤٤٦
١٣	فحوص ما قبل الزواج ليس لها قيمة	٠,٤٣٨

العامل التاسع: الانتشار - الوعى الكلى، وتشبع عليه بندان هما كالاتى حسب بالمخاطر: ترتيب حجمى تشبعهما:

استوعب ٣,٢٩% من التباين

رقم البند	مضمون البند	التشبع
١٢	الريفيون أكثر إصابة بالمرض من سكان المدينة	٠,٧٤٣-
٣٧	مياه الشرب الموجودة نظيفة تمامًا	٠,٣٨٥

العامل العاشر: الأسباب - الوعى الكلى، وتشبع عليه ثلاثة بنود هى كالاتى بالمخاطر: حسب ترتيب أحجام تشبعاتها:

استوعب ٣,٩٨% من التباين

رقم البند	مضمون البند	التشبع
٣٥	الجهل مسئول عن العديد من مشكلات الصحة العامة	٠,٧٧٨-
٩	لا توجد مشكلات صحية فى المجتمع	٠,٥٧٤
٣٠	سوء التغذية مسئول عن بعض الأمراض	٠,٤٩٠-

العامل الحادى عشر: الأسباب - الانتشار: الكلى، وتشبع عليه ثلاثة بنود كالاتى استوعب ٣,٧٦% من التباين حسب ترتيب أحجام تشبعاتها:

رقم البند	مضمون البند	التشبع
٨	الغذاء الملوث منتشر بالأسواق	٠,٧٢٤
٧	نسب انتشار الأمراض الوبائية فى مصر قليلة	٠,٤٦٤-
٤٢	الإنسان المصرى ملئ بالأمراض	٠,٣٩٤

العامل الثانى عشر: الوقاية والعلاج - الكلى، وتشبع عليه بندان هما كالاتى حسب الأسباب: ترتيب حجمى تشبعهما:

استوعب ٣,٢٤% من التباين

رقم البند	مضمون البند	التشبع
٥	قراءة تاريخ صلاحية المنتجات ضرورة	٠,٧٥٩
٢٨	الازدحام سبب العديد من الأمراض	٠,٤٦٥

العامل الثالث عشر: الوعى بالمخاطر - الكلى، وتشبع عليه أربعة بنود هى الوقاية والعلاج: كالاتى حسب ترتيب أحجام تشبعاتها:

استوعب ٣,٦٤% من التباين

رقم البند	مضمون البند	التشبع
٣١	أقلق على صحتي كثيراً	٠,٧٠٦
٤٤	معظم الناس لا يقدرون على ثمن العلاج	٠,٥٤٢
٤٣	الناس يجهلون أسس الوقاية الصحية	٠,٤٧٧
٣٧	مياه الشرب الموجودة نظيفة تماماً	٠,٣٦٢-

العامل الرابع عشر: الوقاية والعلاج - الكلى، وتشبع عليه ثلاثة بنود هي كالاتى
الانتشار حسب ترتيب أحجام تشبعاتها:

استوعب ٣,٥٣% من التباين

رقم البند	مضمون البند	التشبع
٢٧	المفروض أن يبدأ الاهتمام بصحة الطفل أولاً	٠,٧٤٩-
١٧	الفقراء لا يستطيعون تحمل نفقات العلاج	٠,٣٦٢-
١٠	أمراض السكر وضغط الدم مرتفعة	٠,٣٥٢-

العامل الخامس عشر: الوقاية والعلاج الكلى، وتشبع عليه بندان هما كالاتى حسب
استوعب ٤,٠٤% من التباين ترتيب حجمي تشبعهما:

رقم البند	مضمون البند	التشبع
٦	الخدمات الطبية لمستشفيات الحكومة مناسبة	٠,٨٢١-
١٨	العلاج الحكومي قاصر ولا يفى بالغرض	٠,٦٠٥

العامل السادس عشر: الوعي بالمخاطر - الكلى، وتشبع عليه بندان هما كالاتى حسب
الوقاية والعلاج: ترتيب حجمي تشبعهما:

استوعب ٣,٤٤% من التباين

رقم البند	مضمون البند	التشبع
١٥	البعض يغالى فى النظافة دون مبرر	٠,٨١٠
٤٣	الناس يجهلون أسس الوقاية الصحية	٠,٣٦٩

أما عن معاملات الارتباط بين فيوضها الجدول التالى رقم (٤):
عوامل عينة الإناث الستة عشر المائلة

جدول رقم (٤)

يوضح مصفوفة الارتباطات بين عوامل الدرجة الأولى المائلة لبنود مقياس المعتقدات

حول الصحة العامة لدى عينة الإناث (ن = ٢٤٩)

البند	١	٢	٣	٤	٥	٦	٧	٨	٩	١٠	١١	١٢	١٣	١٤	١٥	١٦
١	١															
٢	٠.١٦	١														
٣	-٠.٦٥	-٠.٣٦	١													
٤	١٢.٦	-٠.٨٥	-٠.١٥	١												
٥	-١٤.٦	-٠.٤٤	١٣.١	-٠.٤٨	١											
٦	-٠.٩٢	-٠.٢٩	-٠.٤٩	-٠.١٢	-٠.٥٧	١										
٧	-٠.٧٥	-٠.٠٩	-١.٦٥	-٠.٥٦	-١.١٥	-٠.١٨	١									
٨	-٠.٠١	-٠.٩٤	-٠.٤٣	-٠.٥٧	-٠.٢٩	-٠.٠٩	-٠.٢٨	١								
٩	-٠.١٠	-٠.٧٠	-٠.٣٠	-٠.١٤	-٠.١٨	-٠.٠٤	-٠.٢١	-٠.٥٠	١							
١٠	-٢.٠٤	-٠.٦٣	-٠.٦٤	-٠.٥٥	-١.٥٦	-٠.٩٤	-٠.٧٤	-٠.٠٤	-٠.١٧	١						
١١	-٠.٧٦	-٠.٩٧	-٠.٨٩	-٠.١٣	-١.١١	-٠.٦٦	-٠.٤٩	-٠.١٧	-٠.٤٩	-٠.٦٦	١					
١٢	-٠.٨٢	-٠.٣٣	-٠.١٥	-٠.٦٨	-٠.٢٩	-٠.٥٧	-٠.٠٦	-٠.٠٥	-٠.٤٦	-٠.٢٧	-٠.٤٦	١				
١٣	-١٤.٨	-٠.٢٨	-٠.٠٨	-٠.٣٢	-١.٣٣	-١.١٥	-٠.٣٥	-٠.٦٧	-٠.٢٩	-١.١٠	-١.١٨	-٠.٦٢	١			
١٤	-١.٥٢	-٠.٦٣	-٠.٠٣	-٠.٥٥	-٠.٩١	-٠.٥٣	-٠.٣٣	-٠.٠٩	-٠.١٣	-١.٥٤	-١.٠٤	-٠.٠٤	-٠.٧١	١		
١٥	-٠.٤٩	-١.٦١	-١.٢٨	-٠.٦٥	-١.٤٨	-٠.٥٤	-٠.٦٣	-٠.٣٤	-٠.٩١	-٠.٤٨	-٠.٤٨	-٠.١٣	-٠.٨٤	-٠.١١	١	
١٦	-٠.٥٣	-٠.١٩	-١.٤٦	-٠.٤٥	-٠.٦٣	-١.٣٩	-٠.٤٤	-٠.٤٤	-٠.٢٧	-٠.٢٧	-٠.٢٧	-٠.٤٠	-٠.٤٦	-٠.٢٦	-٠.٠٤	١

دلالة الذيلين

** حذفت العلامة العشرية دح=٢٤٧

٠,١٣٨ دال عند مستوى ٠,٠٥ ٠,١٨١ دال عند مستوى ٠,٠١

ويتبين من الجدول السابق أن

ثلاثة عشر معاملاً للارتباط وصلت إلى

عيني الذكور والإناث:

مستوى الدلالة الإحصائية (٠,٠٥) من بين

مائة وعشرين معاملاً للارتباط تشملها

المصفوفة، منها ثلاثة معاملات وصلت إلى

مستوى دلالة ٠,٠١. ويعني ذلك استقلال

هذه العوامل عن بعضها البعض.

عاملاً للارتباط بين عوامل عيني الذكور

والإناث وصلت لمستوى الدلالة الإحصائية، مما يعنى أن هناك تشابهًا بين مضامين هذه العوامل، وإن كان أغلبها تشابهًا بسيطًا فيما عدا ستة معاملات للتشابه تجاوزت الارتباطات فيما بينها ٠,٠٥، وكانت بين العاملين الثانى للذكور (الوقاية والعلاج) والثانى للإناث (الوقاية بالمخاطر - الوقاية والعلاج)، وبين العاملين السادس للذكور (الوقاية والعلاج) والثالث للإناث (الوقاية والعلاج)، وبين العاملين الأول للذكور (الوقاية بالمخاطر -

الوقاية والعلاج) والخامس للإناث (الوقاية بالمخاطر - الأسباب)، وبين العاملين الثالث للذكور (الوقاية بالمخاطر - الانتشار) والسابع للإناث (الانتشار - الوقاية بالمخاطر)، وبين العاملين الثامن للذكور (الانتشار - الوقاية بالمخاطر)، وبين العاملين التاسع للذكور (الوقاية بالمخاطر - الوقاية والعلاج) والسادس عشر للإناث (الوقاية بالمخاطر - الوقاية والعلاج).

جدول رقم (٥)

معاملات التشابه بين عوامل عينتى الذكور والإناث

عوامل الإناث	الأول	الثانى	الثالث	الرابع	الخامس	السادس	السابع	الثامن
الأول	٢٨٢-	٠١٦-	١١٣	٠٥٥-	٦٢٨	٠٥٩-	٠٠٤	١٣٩
الثانى	١٣٠	٦٢٢-	٠٨٦-	٠٠٥-	٠٩٧	٠٢٤-	٠٢٧	١٧٤
الثالث	١٧٣-	٠١٦	١٢٥-	٠٧٤-	٠٧٥	٢٠٦-	٥٨٧-	٠٣٢-
الرابع	٠١٧	٠٣٠	٠٠٩	١٣٤	١٦٠	٠٥٧	٠٨٧	١١٧-
الخامس	٢١٩	١٨٤	٠٩٣	١٣٨	٠٠٤	٠٦٢-	٣٠٢-	٠٠٢
السادس	٢١٨	١٤٨	٧٩٢-	٠٥٦	٠٦٥-	٠٩١	٠٥٣-	٠٣٥-
السابع	٢٤٤	١١٩	٠٠٣	٠٤٤	٠٦٥-	١١٢	٠٦٧	١٥٦-
الثامن	٣٣٩	٠٨٩-	٢٠٣-	٠٤٤	١٦٧-	٠٤١-	٠٦٤	٣٢٨
التاسع	٠٢٧	٠٦٠	٠٣٤	٠٢٩-	١٠٩-	٠٠٥-	٠٠٩	٠٢٥-
العاشر	٢٣١	٠٨٣	٠٧٥-	٠٤١	٤٩٠-	٠٤٨-	١٣٨	٠٥٦
الحادى عشر	١٩٤	٠٣٧-	٠٣٦-	٠٣٢	٠٧٧-	٢٢١-	٣٤٧	٠٩٥
الثانى عشر	٠٩٠	٠٥٠	٠١٥-	٠٥٣	١٤٩-	١٨٦	٠١١-	١٤٧-
الثالث عشر	٤٢٠	٢٠٦-	١١٦-	٠٤٦-	١٢١-	٣٣٢	٢٦١	٠٧٦
الرابع عشر	٠٩٣	٠٤٤-	٢٠١-	٠٩٥	٠١٧	١٧٩-	٢٠٢	٠١٥-

تابع جدول (٥)

عوامل الإناث عوامل الذكور	التاسع	العشر	الحادي عشر	الثاني عشر	الثالث عشر	الرابع عشر	الخامس عشر	السادس عشر
الأول	٠.٠٦	٠.٢٠	٢.٠٣	١.٨٢	١.٥٦	٢.٤٦	٠.٨٠	١.٨٦
الثاني	٠.٧١	٠.٦٩	٢.٥٧	٠.٧٢	٠.١٦	٢.٦٠	٣.٢٩	٠.٠٣
الثالث	١.١٣	٣.٨١	٢.٩٦	٠.٠٤	١.٤٣	٠.٩٣	٢.٨١	٠.٨٧
الرابع	٤.٠٩	٠.٨٣	١.٠٦	٢.٩٢	١.٠٢	٠.٠٤	١.٥٤	٠.٤٧
الخامس	٠.١٢	٠.٠٦	٤.٠٦	٠.٢٥	٤.٩٨	٢.٥١	١.٥٦	١.٦٦
السادس	١.٤٠	١.٨٠	٠.٧٦	٢.١٢	١.٢٧	٠.١٢	٠.١٦	٠.٧٧
السابع	٠.٤٩	٠.٣٢	٠.٢١	١.٦٦	١.٢٣	١.٤٦	٠.٤٧	١.٧٦
الثامن	٠.٢٨	٠.٣٠	٥.٦٦	١.٢٥	٢.٦٦	١.٦٨	١.٣٧	١.٤٤
التاسع	٢.٣٢	١.١١	٠.٨١	٣.٣٥	٠.٣٢	٠.٢٧	٢.٤٤	٥.٨٧
العاشر	٠.٤٥	٤.٩٥	١.٣١	١.٩٥	١.٠٢	٠.٣٣	٠.٧٤	٠.٧٨
الحادي عشر	٠.٨٣	٢.١٩	١.٤٦	٠.٣٩	٠.٥٥	١.٤٨	٢.٦٦	١.٩٠
الثاني عشر	٠.٨٩	٠.٨٠	١.٧٤	٠.٨٤	١.٠٠	٢.٢٧	١.٩١	١.٣٢
الثالث عشر	٠.٨٤	٠.٩٩	٠.٦٨	٠.١٦	١.٤٧	١.٩٧	١.٢٩	١.٠٣
الرابع عشر	١.٠٢	٠.٦٤	٠.٣٩	٢.٩٣	١.١٦	٣.٩٥	٠.٨٩	١.٨٥

مناقشة النتائج:

النتائج الخاصة بعينة الذكور عن أربعة عشر عاملاً أمكن تفسيرها على النحو التالي:

- الوعي بالمخاطر - الوقاية والعلاج.
- الوقاية والعلاج.
- الوعي بالمخاطر - الانتشار.
- الانتشار - الوعي بالمخاطر.
- الانتشار - الوقاية والعلاج.
- الوقاية والعلاج.
- الوقاية والعلاج.
- الانتشار - الوعي بالمخاطر.
- الوعي بالمخاطر - الوقاية والعلاج.
- الأسباب.

تم في هذا الجزء مناقشة النتائج التي كشفت عنها الدراسة الحالية من خلال مستويين، الأول: مناقشة جزئية للنتائج في ضوء الإجابة عن تساؤلاتها الثلاثة الأساسية، والثاني: مناقشة عامة للنتائج في مجملها لتحديد أهم دلالاتها ومعانيها، وذلك على النحو التالي:

أولاً: مناقشة النتائج في إطار الإجابة عن تساؤلات الدراسة:

(١) بالنسبة للسؤال الأول الخاص بأهم أبعاد المعتقدات حول الصحة العامة لدى كل من الذكور والإناث، كشفت

تختص بأكثر من بعد من الأبعاد الأربعة للمعتقدات حول الصحة العامة. وكان بُعدًا الوقاية والعلاج والوعي بالمخاطر هما الأكثر وضوحًا من بين تلك الأبعاد الأربعة، فقد تمثل كل من هذين البعدين في ثلاثة عوامل نوعية لدى كل من عينتي الذكور والإناث. وهناك دلائل على الارتباط الوثيق بين هذين البعدين على وجه الخصوص. وعلاوة على ذلك يشير بعض الباحثين إلى أن الوعي بالمخاطر يمثل العمود الفقري لنسق المعتقدات عمومًا حيال المرض- الصحة. فهو الذي يحدد باقى عناصر نسق معتقدات الفرد، سواء الخاصة بالأسباب أو الوقاية والعلاج (Hjelm et al., 2008b).

(٢) بالنسبة للسؤال الثانى الخاص بطبيعة العلاقة بين أبعاد المعتقدات حول الصحة العامة، تبين أن هناك استقلالاً بين تلك الأبعاد لدى كل من عينتي الذكور والإناث.

وهو ما يعنى أن نسق المعتقدات حول الصحة العامة يتكون من مجموعة من المعتقدات الفردية المستقلة. وهذا يوضح لنا أهمية الاعتماد على الحل المائل الذى يمكن من خلاله الإجابة عن فرض الارتباط أو الاستقلال بين العوامل بناءً على عدد وأحجام معاملات الارتباط الدالة فيما بينها. فإذا حصلنا على عدد مناسب من الارتباطات الدالة كان معنى هذا أن الحل العاملى أقرب إلى الحل المائل، بينما إذا لم نحصل على ارتباطات دالة كان ذلك

- الأسباب- الوعى بالمخاطر.
- الوقاية والعلاج.
- الانتشار- الأسباب.
- الوقاية والعلاج- الوعى بالمخاطر.
أما عوامل الإناث الستة عشر: فتمثلت فى الآتى:

- الأسباب- الانتشار.
- الوعى بالمخاطر- الوقاية والعلاج.
- الوقاية والعلاج.
- الوقاية والعلاج.
- الوعى بالمخاطر- الأسباب.
- الانتشار- الأسباب.
- الانتشار- الوعى بالمخاطر.
- الوعى بالمخاطر- الأسباب.
- الانتشار- الوعى بالمخاطر.
- الأسباب- الوعى بالمخاطر.
- الأسباب- الانتشار.
- الوقاية والعلاج- الوقاية والعلاج.
- الوعى بالمخاطر- الوقاية والعلاج.
- الوقاية والعلاج- الانتشار.
- الوقاية والعلاج.
- الوعى بالمخاطر- الوقاية والعلاج.

ويلاحظ من ذلك ما يلى:

١- أن كل بعد من أبعاد المعتقدات الأربعة حول الصحة العامة تمثل فى مجموعة نوعية من العوامل التى تشبع على كل منها عدد محدود من البنود الخاصة به، وبالتالي لم تظهر هوية الأبعاد الأربعة فى صورتها العامة المتوقعة.

٢- أن العوامل عمومًا لم تكن بالنقصاء المتوقع، حيث شمل أغلبها مضامين لبنود

توجّهًا نحو المعلومات والمعارف الصحية التي تسهم في تشكيل نسق معتقداتهم حول الصحة العامة. كما يمكن أن يَكُنَّ أكثر تعرضًا للبرامج الصحية التي تقدم من خلال وسائل الإعلام المختلفة، مقارنة بالذكور الذين يمكن أن تتدخل عوامل أخرى في خفض هذا التعرض ومنها وجود اهتمامات أخرى لديهم. وكذلك ربما يؤثر السياق الأسري الذي يحيط بتربية الفتيات والاهتمام بتنشئتهم صحيًا في بلورة نسق معتقداتهم حول مختلف جوانب الصحة العامة.

ثانيًا: مناقشة عامة للنتائج:

نخلص من المناقشة الجزئية السابقة لتساؤلات الدراسة الثلاثة أن هناك مجموعة من العوامل النوعية التي مثلت نسق المعتقدات حول الصحة العامة، لدى كل من عيّنتي الذكور والإناث. ورغم أن هذه العوامل كانت مستقلة بصورة واضحة، ولم يكن هناك تشابه شديد بين عوامل الذكور والإناث، فإنه يمكن -وفقًا لما يشير إليه نموذج المعتقدات الصحية- التنبؤ بالسلوك الصحي من خلال المعتقدات الصحية لدى الفرد (Taylor, 1999, p.64).

وذلك إذا أخذنا في اعتبارنا أن السلوك الصحي يُعَدُّ محصلة لعدد من العوامل، تأتي المعتقدات حول الصحة العامة على قممتها. وإذا كان هذا الاستدلال متسقًا مع التنبؤات المستمدة من نموذج المعتقدات الصحية الذي صاغه بيكر ومايمان، فهو لا

دليلاً على الاستقلال بين العوامل (معتز عبد الله وعبد اللطيف خليفة "أ"، ١٩٩٦). وهنا يثار التساؤل المهم وهو ما دلالة هذا الاستقلال بين أبعاد المعتقدات حول الصحة العامة؟ الإجابة المحتملة أنه لا يوجد وعى لدى المبحوثين بطبيعة نسق المعتقدات الخاصة بالصحة العامة، وأن ما يوجد لديهم ربما يكون مجموعة من المعتقدات الفردية التي لا تتنظم معًا في شكل نسق متكامل ومحدد المعالم لدى الفرد، ومن ثم يسعى للسلوك بمقتضاه فيما يتعلق بمختلف أموره الصحية.

(٣) بالنسبة للتساؤل الثالث الخاص بمدى التشابه بين أبعاد المعتقدات حول الصحة العامة لدى كل من عيّنتي الذكور والإناث، كانت العوامل المتشابهة قليلة ولم يتجاوز عددها ستة عوامل لدى كل من الذكور والإناث، ولم يكن التشابه شديدًا. وهو ما يظهر بصورة جلية من الفحص المباشر لمضامين العوامل الخاصة بكل من الذكور والإناث، حيث تظهر الفروق النسبية في مسميات العوامل. وهنا نتساءل عن طبيعة الفروق في نسق معتقدات كل من الذكور والإناث. وهل يمكن الحديث عن تمايز كل عينة بمجموعة فرعية من المعتقدات أو لا؟ الإجابة نعم، فهناك تمايز نسبي في عوامل الإناث النوعية التي تعكس معتقداتهم. وهو ما يتفق مع الدراسة السابقة التي أجراها شعبان جاب الله ومعتز عبد الله (٢٠٠١)، وأشار الباحثان فيها إلى أن الإناث ربما يَكُنَّ أكثر اهتمامًا بالجوانب الصحية، وأكثر

للأفراد من خلال أطرهم المرجعية الخاصة بالتوقع - القيمة - Expectancy Value Beliefs للتنبؤ بسلوكياتهم الصحية، وذلك في ضوء وعى الفرد بالإثبات والتكاليف المتوقعة عند قيامه بسلوك معين. وإذا نظرنا في نتائج الدراسة الحالية بوجه عام، نجد أن هناك عدداً من المعتقدات الخاطئة أو السلبية لدى نسبة من المبحوثين تتفاوت في مقدارها بين الذكور والإناث، حيث تزيد لدى العينة الأولى مقارنة بالثانية، الأمر الذي يتطلب تدخلاً لتعديل هذه المعتقدات، وتشكيل مركز تحكم صحي يقرن بهذه المعتقدات، ليفضي ذلك في النهاية إلى سلوك أكثر صحة لدى الأفراد. وبناءً على ذلك يمكن تصور أبعاد المعتقدات حول الصحة العامة كما تمت دراستها، على النحو التالي الذي يوضحه الشكل رقم (١). فهناك ثلاث فئات أساسية من المحددات المسؤولة عن المعتقدات حول الصحة العامة وهي المتغيرات الديموجرافية والشخصية والثقافية والاجتماعية. وفي إطار الدراسة الحالية كان الاهتمام تحديداً بالفروق بين الجنسين (الذكور والإناث) في طبيعة البناء العامل الذي ينظم أبعاد المعتقدات حول الصحة العامة.

يختلف كثيراً عما قدم "فيشباين وآزن" في نظريتهما حول الفعل المبرر عقلياً أو السلوك المخطط Planned Behavior، حيث تلخص الأفكار الأساسية لهذه النظرية فيما يلي:

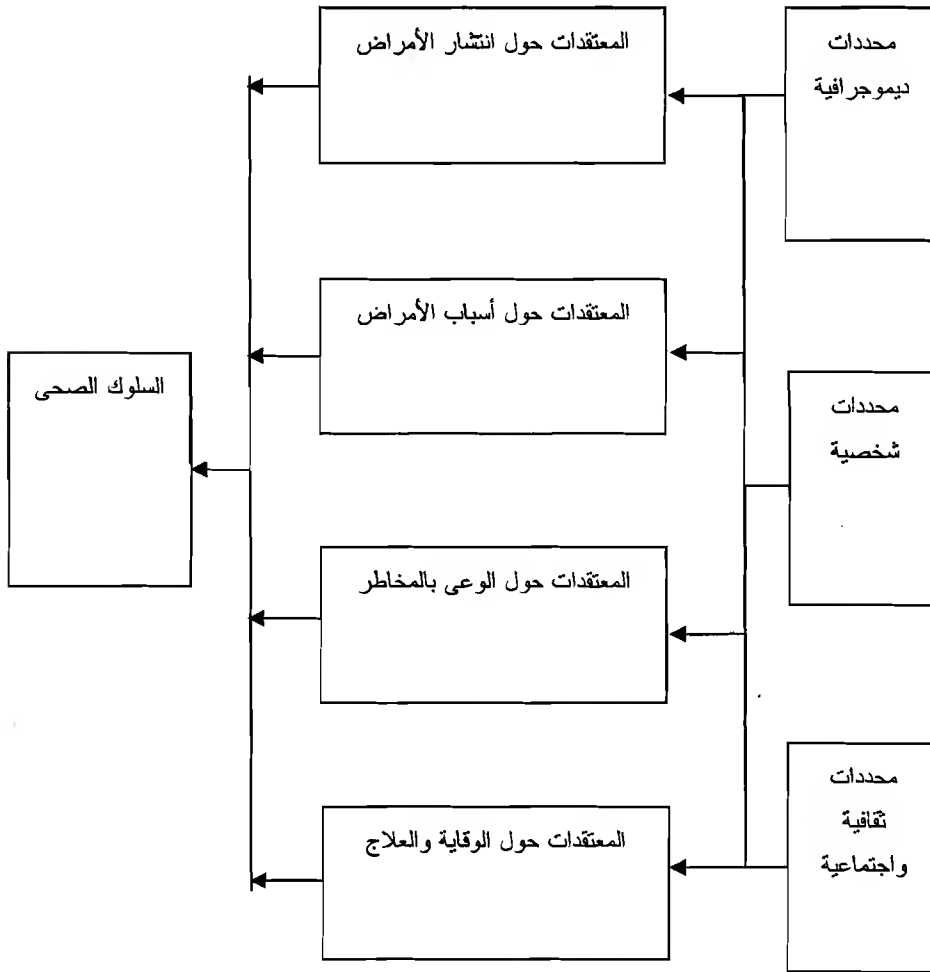
١- يمكن التنبؤ بسلوك الشخص من خلال المقاصد الشخصية.

٢- تتأثر هذه المقاصد باتجاهات الفرد نحو السلوك سواء بالتفضيل أو عدم التفضيل، وكذلك بالمعايير الذاتية حول مدى ملاءمته أو عدم ملاءمته، وهما يسهمان في التنبؤ بهذه المقاصد الشخصية.

٣- تتشكل المعايير الذاتية حول السلوك من خلال معتقدات الفرد حول ما يعتبره الناس سلوكاً ملائماً، ودافعيته نحو الإذعان لهذه المعايير، أي من خلال إطار التوقع - القيمة (Fishbein & Ajzen., 1975; Ajzen & Maden, 1986).

وعلى الرغم من أن هذه النظرية ترى أن السلوك الصحي يعد نتيجة مباشرة للمقصد السلوكي، فإنها تأخذ في حسابها الاتجاهات نحو الفعل، والتي تعتمد بشكل مباشر على المعتقدات حول النتائج المتوقعة له وتقويمات هذه النتائج (Taylor, 1999, p.66).

وفي إطار هذا التصور، تبرز أهمية تعديل نسق المعتقدات الصحية



شكل رقم (١)

تصور مقترح لطبيعة المعتقدات حول الصحة العامة

وطبقاً للشكل السابق، فإننا في حاجة إلى الربط بين هذا التصور ونموذج المعتقدات الصحية الذي يركز على إدراك إمكان الإصابة بالمرض وإدراك خطورته وإدراك فوائد الفعل ومعوقاته (Bosworth & Voils, 2005). وطبقاً للشكل السابق، فإننا في حاجة إلى المزيد من البحث والدراسة للوقوف على الأوزان النسبية لكل محدد من المحددات الثلاثة للمعتقدات حول الصحة العامة من ناحية، وعلاقة تلك المعتقدات بالسلوك الصحي الفعلي للأفراد. وكذلك محاولة

قائمة المراجع

أولاً: المراجع العربية:

١. روبرت أيدلمان (٢٠٠٠). مقدمة في علم نفس الصحة، في: س.ل. ليندزاي، ج.ي.بول (محرران) **مرجع في علم النفس الإكلينيكي للراشدين**، ترجمة: صفوت فرج، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية. ص ص ٥٦٥ - ٥٩٤.
٢. شعبان جاب الله ومعتز عبد الله (٢٠٠١). **المعتقدات السائدة حول الصحة العامة: دراسة مقارنة على أساس متغيري الجنس ومركز التحكم الصحي**. منشورات مركز البحوث والدراسات النفسية، كلية الآداب، جامعة القاهرة.
٣. عبدالحليم محمود السيد (١٩٧٩)، **علم النفس الاجتماعي والإعلام**، القاهرة: دار الثقافة للطباعة والنشر.
٤. عبد اللطيف محمد خليفة (١٩٩٢). **المعتقدات والاتجاهات نحو المرض النفسي**، القاهرة: دار الثقافة للنشر والتوزيع.
٥. عبد اللطيف محمد خليفة (١٩٩٧). **المعتقدات الخرافية الشائعة وعلاقتها ببعض المتغيرات لدى عينة من الكويتيين**، القاهرة: المؤتمر الدولي الرابع لمركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، من ٢-٤ ديسمبر.
٦. محمد السيد عبدالرحمن ومعتز سيد عبدالله (١٩٩٤). **الأفكار اللاعقلانية لدى الأطفال والمراهقين وعلاقتها بكل من حالة وسمة القلق ومركز التحكم، دراسات نفسية**، المجلد الرابع، العدد الثالث، ص ص ٤١٥ - ٤٤٩.
٧. معتز سيد عبدالله (١٩٩١). **إدراك المخاطر والمشكلات البيئية لسكان حي شعبي بمدينة القاهرة الكبرى: بحث إجرائي لتحسين نوعية البيئة**، القاهرة: المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية.
٨. معتز سيد عبدالله (١٩٩٧). **العلاقة بين الاتجاه نحو مجموعة من المخاطر البيئية وبعض متغيرات المستوى الاجتماعي الاقتصادي**، في: معتز سيد عبدالله (محرر)، **بحوث في علم النفس الاجتماعي (المجلد الثاني)**، القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، ص ص ٥١ - ١٠٦.
٩. معتز سيد عبدالله وعبد اللطيف محمد خليفة (١٩٩٦ أ). **أبعاد نسق المعتقدات حول تدخين السجائر لدى المدخنين وغير المدخنين**، في: معتز سيد عبدالله (محرر)، **بحوث في علم النفس الاجتماعي والشخصية**، المجلد الأول، القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع ص ص ٣ - ٧٠.

١٠. معتز سيد عبدالله وعبد اللطيف محمد خليفة (١٩٩٦ب). المعتقدات حول تدخين السجائر واقترائها بكل من مركز التحكم والقلق لدى المدخنين في: معتز سيد عبدالله (محرر)، *بحوث في علم النفس الاجتماعي والشخصية، المجلد الأول*، القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع. ص ص ٧١ - ١٣٥.
١١. هناء شويخ (٢٠٠٨). بعض منبئات سلوك الامتثال للنصح الطبي لدى مرضى النوع الثاني من مرض السكر. *دراسات نفسية*. مج ١٨، ع ٣، ص ص ٤٦٧ - ٥٢٣.

ثانيًا: المراجع الأجنبية:

- 12- Ajzen, I., & Madden, T.J. (1986) Prediction of goal – directed behavior: Attitudes, intentions and perceived behavioral control, *Journal of Experimental Social Psychology*, 22, 453 – 474.
- 13- Bandura, A. (1986) *Social Foundations of thought and action: A social Cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice – Hall.
- 14- Barnes, M., Buck, R., Williams, G., Webb, K. & Aylward, M. (2008). Beliefs about common problems and work: A qualitative study. *Social Science and Medicine*. 67, 657-665.
- 15- Becker, M.H. & Maiman, L.A. (1975) Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations, *Medical care*, 13, 10 – 24.
- 16- Bosworth, H., Volis, C. (2005). Theoretical models to understand treatment adherence. In: H. Bosworth, E. oddone & M. Weinberger (Eds.). Patient treatment adherence: Concepts, interventions and measurement (pp. 13-46). *New York. Lawrence Erlbaum Asociation*.
- 17- Carmel, S.; Shani, E. & Rosenberg, L. (1996) Skin cancer protective behaviors among the elderly: Explaining their response to a health education program using the health belief model, *Educational Gerontology*, vol.22, 651-668.
- 18- Dunn, K., Mohr, P. Wilson, C. & Wittert (2008). Beliefs about fast food in Australia: A qualitative analysis. *Appetite*. 51, 331-334.

- 19- Editorial (2007). Attitudes and beliefs of health care provides: Extending the fear-avoidance model. *Pain*. 135, 3-4.
- 20- Fishbien, M. & Ajzen, I. (1975) Beliefs, Attitudes, Intentions, and Behaviors, London: Addison – *Wesley publishing company*.
- 21- Furnnham, A. & Kirkcaldy, B. (1997) Age & sex differences in health beliefs and behaviors, *Psychologicaal Reports*, 80, 63-66.
- 22- Harre, R. & Lamb, R. (1984) The Encyclopedic dictionary psychology, cambridge: The MIT Press.
- 23- Harrison, J. A.; Mullen, P.D., & Green, L.W. (1992) A meta-analysis of studies of the Health belief model with adults, *Health Education Research*, 7(1), 107-116.
- 24- Hjelm, K., Berntorp, K., Frid, A., Aberg, A., & Apelquist (2008 "a") Beliefs about health and illness in women managed for gestational diabetes in two organization. *Midwifery*. 24, 168-182
- 25- Hjelm, K., Bard, K., Berntorp, K., & Apelquits, j (2008b) Beliefs about health and illness postpartum in women born in Suwden and the Middle East. *Midwifery*.
- 26- Poortinga, w., Dunstan, F. & Fone, D. (2008). Health Locus of control beliefs and socio-economic differences in self-rated health. *Preventive Medicine*. 46.374-380.
- 27- Love, M.B., Davoli, G.W. & Thurman, Q.C. (1996) Normative Beliefs of Health Behavior Professional regarding the psychosocial and environment factors that influence health behavior change related to smoking cessation, regular exercise and weight loss, *American Journal of Health Promotion*, vol. 10, No.5, 371-379
- 28- Prins, M., Verhaak, P., Bensing, j., & Meer, K. (2008). Health beliefs and perceived need for mental health care of anxiety and depression- The patients' Perspective explored. *Clinical psychology Review*. 28, 1038-1058.

- 29- Rokeach, M. (1968) *Beliefs, attitudes and values: A theory of organization and change*, San Francisco: Jossey bass publishers.
- 30- Rokeach, M. (1980). *Some unresolved issues in theories of beliefs, attitudes and values*, University of Nebraska Press.
- 31- Sun, X., Guo, y., Wang, S. & Sun, J. (2006). Predicting Iron-Fortified Soy Sauce consumption intention: Application of the theory of planned behavior and health beliefs model. *Society for Nutrition Education*. 4,276-285.
- 32- Taylor, S.E. (1999) *Health Psychology*, New York: Mc Graw Hill 4th ed.
- 33- Vlaeyen, j & Linton, S. (2000). Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: A state of the art. *Pain*. 85,317-332.

Dimensions of Belief System About General Health: A Comparative Factorial Study Between University Male and female Students

Moataz S. Abdallah (Ph.D)

Shaaban G.Radwan (Ph.D)

(Abstract) The Present study aimed to explore the dimensions of belief system about general health in two groups of male & female university students, camposed of 474 subjects (225 males, 249 females), who answered the questionnaire of believes. To answer the three main questions of the study, principle componerts Factor analysis and Oblique rolation were conducted on the 45 items of the questionnaire. The results revealed 14 specific factors for general health believes for males, compared to 16 factors for females. The factors were independent in both groups with relative similarities.